4



OVARIOTOMIE

ET

SPLÉNOTOMIE

A MON ILLUSTRE MAITRE

MONSIEUR A. NÉLATON

SÉNATEUR

MEMBRE DE L'INSTITUT, DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'EMPEREUR, ETC., ETC.

Qui le premier en France a fait pressentir, dans ses savantes Leçons, l'avenir réservé à l'Ovariotomie,

Son élève reconnaissant,

J. PÉAN.

OVARIOTOMIE



OVARIOTOMIE

L'OVARIOTOMIE PEUT-ELLE ÊTRE FAITE A PARIS

avec des chances favorables de succès?

OBSERVATIONS

POUR SERVIR A LA SOLUTION DE CETTE QUESTION

PRÉCÉDÉES DE

CONSIDÉRATIONS

SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

DES

KYSTES DE L'OVAIRE



PAR J. PÉAN

ANCIEN PROSECTEUR

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS, ETC., ETC.

2de édition

PARIS

CHEZ GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

Rue de l'École-de-Médecine, 17

1869

AVANT-PROPOS

Lorsque je publiai les premières observations d'ovariotomie que j'ai pratiquées à Paris, j'émis l'opinion que cette opération pouvait être faite dans cette ville avec des chances favorables de succès.

Plusieurs raisons m'avaient inspiré cette manière de voir : d'une part, sur quatre malades qui étaient affectées de kystes compliqués d'accidents graves, j'avais obtenu trois guérisons; d'autre part, ces malades étaient placées dans les conditions hygiéniques en apparence les moins satisfaisantes. Néanmoins, j'avais laissé à l'avenir le soin de trancher une question que seuls pouvaient résoudre les faits ultérieurs. Or, depuis cette époque, on a de nouveau tenté à Paris un grand nombre de fois l'extraction de tumeurs abdominales. Mais loin de moi la pensée de faire connaître chacun de ces cas, car je manquerais des éléments nécessaires pour leur publication. Je me contenterai de joindre ici à mes premières observations, naguère rassemblées dans un fascicule maintenant épuisé, une seconde série de faits empruntés aux résultats qui me sont personnels.

Pour mon compte, ces nouveaux faits, rapprochés des premiers, me paraissent suffisants pour démontrer d'une façon nette et définitive que, même dans les cas les plus graves et les plus désespérés, l'ovariotomie peut donner, à Paris, une proportion de succès au moins aussi grande que dans tout autre pays, et que la guérison qui, dans les cas extrêmes, est toujours très-difficile à obtenir, y serait la règle, si l'opé-

ration était faite de bonne heure, avant que des complications de toutes sortes soient venues susciter les plus grandes difficultés.

Les opérations dont je publie ici la description n'offrent pas seulement de l'intérêt à ce point de vue que toutes ont été pratiquées à Paris; elles sont encore la source d'un grand nombre d'indications, utiles pour l'étude clinique des tumeurs enkystées de l'ovaire. En rapprochant ces faits des nombreux cas de tumeurs de l'abdomen qui présentaient une nature différente, et que j'ai eu l'occasion d'observer depuis une vingtaine d'années, tant dans les hôpitaux que dans la pratique de la ville, je pourrais les utiliser pour tracer une description complète de ces diverses maladies. Mais l'abondance des publications qui, depuis quelques années ont été faites sur ce sujet, sous forme de thèses ou de monographies, m'a conduit à penser qu'un semblable travail contiendrait une foule de détails dont la reproduction serait dépourvue d'intérêt. Voilà pourquoi me basant uniquement sur les données qui résultent des observations qui me sont personnelles, je m'occuperai presque exclusivement ici de quelques considérations relatives au diagnostic et au traitement des kystes de l'ovaire Je ferai de ces courtes réflexions l'objet de la première partie de ce travail que je me propose d'ailleurs de compléter ultérieurement.

PREMIÈRE PARTIE.

A. CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DES KYSTES DE L'OVAIRE.

Les particularités qui nous paraissent, au point de vue du diagnostic, offrir le plus d'intérêt, peuvent être groupées autour de deux points principaux : d'une part les *difficultés* qu'on peut rencontrer, dans bon nombre de cas, à l'établir; d'autre part le *danger* que présentent certaines manœuvres journellement employées pour mieux l'assurer; nous voulons parler des ponctions exploratrices.

PREMIER POINT. — DIFFICULTÉS A ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC.

Lorsque la tumeur a été soumise de bonne heure à l'observation du chirurgien; lorsque, peu volumineuse, elle n'a été le siége d'aucune complication importante;.... il est habituellement facile d'en reconnaître d'une façon précise la nature et les rapports. Mais il peut aussi se présenter, dans les cas contraires, telles difficultés de diagnostic que, malgré les recherches les plus attentives, le chirurgien doit s'attendre à se trouver, pendant l'opération, en face d'obstacles imprévus et vraiment impossibles à prévoir, qui dépendent soit des *adhérences* que la tumeur a contractées, soit de ses *rapports* nouveaux, soit de la *nature* de son *contenu*, soit du *lieu sur lequel elle a pris naissance*, soit enfin de la *découverte inattendue*

d'une production complètement indépendante de celles dont la présence est primitivement reconnue.

Adhérences. — *Rapports nouveaux.* — On verra que, dans la plupart des cas, en tenant compte des symptômes survenus pendant le cours de la maladie, en m'aidant du palper, de la percussion, de l'observation des troubles fonctionnels, j'ai pu soupçonner par avance que la tumeur était plus ou moins *adhérente* sur un ou plusieurs points de sa surface, et qu'elle avait contracté tels ou tels *rapports* importants à connaître avant l'opération. Mais dans d'autres cas, aucune raison suffisante n'a pu être invoquée qui permît de prévoir ni le nombre ni la résistance de ces mêmes adhérences, ni la gravité des nouveaux rapports de la tumeur.

Contenu de la tumeur. — Des difficultés analogues se sont présentées lorsqu'il s'est agi, chez quelques malades, de déterminer avant l'opération, quel était le contenu de la tumeur, de dire par exemple s'il était homogène, liquide ou solide, clair ou visqueux, normal ou altéré. Car bien que dans la plupart des cas, toutes ces circonstances aient été parfaitement prévues, chez certaines opérées, des particularités inopinées se sont présentées. La ponction elle-même qui, aux yeux du plus grand nombre, est considérée comme un moyen excellent pour diminuer, quelques jours avant l'opération, le volume de la tumeur, pour faire disparaître la plupart des accidents les plus inquiétants de suffocation et de compression; pour favoriser le retour des organes déplacés à des rapports moins anormaux ; pour confirmer le diagnostic;... la ponction a été plusieurs fois insuffisante pour renseigner d'une manière rigoureuse sur le contenu de la tumeur; et, bien qu'elle fût faite à l'aide d'un trocart assez volumineux, elle n'a pas toujours permis de

retirer une quantité notable de liquide, lors même que celui-ci n'était pas excessivement épais et qu'il était contenu dans une vaste poche.

Nombre des tumeurs. — On arrive quelquefois, en tenant compte des commémoratifs, en pratiquant une ponction qui montre la nature du liquide et diminue le volume de la masse principale, à dire s'il y a une ou plusieurs tumeurs contenues dans l'abdomen. Mais il n'est pas toujours facile de déterminer à l'avance cette partie du diagnostic, et nous verrons que certaines productions ne peuvent être découvertes que pendant l'opération.

Lieu où la tumeur a pris naissance. — S'il est parfois possible non-seulement de dire que l'implantation du kyste se fait par un ou plusieurs points; qu'elle se fait plutôt sur un point des annexes de l'utérus que sur un autre;... mais encore d'affirmer que le point de départ de la tumeur n'a pas eu lieu dans un organe voisin ou même éloigné de l'ovaire,... dans un grand nombre de cas, l'erreur est d'autant plus facile que la tumeur est déjà volumineuse au moment où le chirurgien est appelé à en constater la présence. C'est ce qui explique pourquoi, chez une malade, ce fut seulement à un moment où l'opération était fort avancée, et après une exploration faite à plusieurs reprises avec la main, que l'on reconnut que la tumeur kystique avait pris naissance dans la rate hypertrophiée. Lors donc que le chirurgien est appelé auprès d'une malade qui porte un kyste abdominal d'un grand volume, peut-il affirmer que ce kyste n'a pas pris naissance dans le mésentère ou dans l'un des reins? Quelques auteurs le pensent, bien qu'ils aient eux-mêmes commis des erreurs de ce genre, et que, pour les éviter, ils aient proposé de tenir compte de symptômes locaux

dont la valeur nous paraît très-contestable. Peut-être sera-t-il plus facile de dire si le liquide enkysté siége dans la cavité d'un utérus hypertrophié, ou si la tumeur a pris naissance dans l'épaisseur des parois de ce même organe. Dans ce cas, le cathétérisme de l'utérus, son exploration par le rectum et par le vagin, pourraient mettre le chirurgien sur la voie. Mais encore est-il que la solution de toutes ces questions est parfois très-difficile; et la meilleure preuve c'est que le diagnostic n'a pu être fait même par des chirurgiens exercés. Tout dernièrement, chez une malade qui vint mourir dans mon service à l'hôpital de l'Ourcine, à la suite de la ponction d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, ponction pratiquée quelques jours plus tôt, et qui avait été suivie d'une péritonite suppurée, les nombreux chirurgiens qui avaient vu la malade pendant la vie, avaient cru, après des examens répétés et des plus attentifs, que la portion du kyste qui remplissait le bassin non-seulement était adhérente à l'utérus, mais encore avait pris naissance dans la paroi postérieure du corps de cet organe. Contrairement à ce diagnostic, l'autopsie démontra que le kyste avait pris naissance dans l'un des ovaires, et qu'il avait refoulé et fixé contre la symphyse l'utérus qui, du reste, était complétement libre d'adhérences récemment formées.

DEUXIÈME POINT. — DANGER DE LA PONCTION EXPLORATRICE.

Nous venons de voir les services que la ponction peut rendre pour éclairer le diagnostic. Aussi le chirurgien est-il souvent tenté d'y recourir. Cependant, l'observation m'a démontré que, dans un certain nombre de cas, non-seulement elle ne peut remplir ce but, mais encore qu'elle est dangereuse, même lorsqu'elle est faite avec le trocart de fin calibre auquel on a donné le nom d'explorateur. Nous verrons, en effet, qu'elle peut déter-

miner le déversement immédiat et spontané dans la cavité péritonéale du liquide kystique, puis donner lieu à tous les symptômes d'une péritonite menaçante, et favoriser par la suite la formation d'adhérences qui plus tard deviennent un obstacle des plus sérieux.

Cette complication me paraît d'autant plus importante à signaler qu'elle n'a pas été suffisamment mentionnée jusqu'à ce jour. Et il me semble, d'après ce que j'ai vu, que c'est à ce brusque passage du liquide kystique dans la cavité péritonéale, bien plus souvent qu'à l'inflammation aiguë de la membrane interne du kyste, qu'il faut rattacher les accidents graves et trop souvent mortels qui ont été observés à la suite des ponctions pratiquées dans le but de compléter le diagnostic. Si donc ces ponctions peuvent rendre de grands services, il importe aussi d'en connaître les dangers, afin qu'une détermination utile puisse être prise à temps, au cas où des accidents graves viendraient à éclater.

B. CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE.

Le seul traitement des kystes de l'ovaire qui mérite d'être pris ici en considération est le traitement chirurgical. Ce traitement varie suivant que le kyste est *uniloculaire* ou *multiloculaire*. Il varie encore suivant qu'il existe ou non des *adhérences* nombreuses, résistantes et vasculaires, suivant le *mode d'implantation* de la tumeur, suivant qu'on a plus ou moins à redouter les dangers de l'*hémorrhagie*, suivant enfin qu'on se décide ou non à pratiquer l'*occlusion* complète de la plaie abdominale.

Kyste uniloculaire. — Quand la poche est *uniloculaire* et

que le liquide est limpide, peu coloré, et exempt de toute viscosité, la ponction employée seule peut donner une guérison temporaire, comme cela eut lieu chez une malade qui fut opérée, en 1858, par M. Nélaton, lorsque j'étais son interne, à l'hôpital des Cliniques. — La guérison se maintient plus longtemps, et quelquefois même est définitive, lorsque l'injection est suivie de l'injection iodée.

Mais quand le liquide est trouble et visqueux, ces moyens sont insuffisants. Ils peuvent même être dangereux, l'injection iodée surtout; et nous avons vu souvent des chirurgiens distingués perdre en quelques jours, à la suite de cette dernière, des malades dont la santé était loin d'être épuisée.

C'est alors que deux ressources se présentent : ou bien pénétrer dans la poche pour y laisser une canule à demeure, ou bien procéder à l'extraction de la tumeur. L'application du premier moyen peut être faite de plusieurs manières, et pour y parvenir, j'ai eu recours : 1° à la ponction à l'aide du trocart dont la canule était laissée à demeure pour assurer aux liquides un libre écoulement; 2° à l'ouverture de la paroi abdominale et de la paroi kystique au moyen de caustiques appliqués sur un des points d'élection de la tumeur, ou sur deux points suffisamment rapprochés; 3° à l'incision plus ou moins large des cavités abdominale et kystique; et, dans ce dernier cas, — ou bien le kyste était peu adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen, et il fallut saisir les bords de l'ouverture kystique, les maintenir, soit par compression à l'aide de pinces spéciales, soit par suture, en contact assez exact avec les bords de l'incision abdominale pour empêcher les liquides de tomber dans le péritoine, — ou bien la surface externe du kyste était tellement adhérente à cette paroi que la poche pouvait être ouverte très-largement sans qu'il fût

nécessaire de recourir à la suture pour assurer le maintien de la sonde.

Tous ces procédés ont pour but de faciliter l'issue et la détersion des liquides qui pourraient séjourner et s'altérer, et de diriger le travail suppuratif de manière à modifier l'intérieur de la poche et à en favoriser la destruction. On comprend qu'ils constituent une ressource précieuse pour les kystes qui adhèrent solidement, et dans une très-grande partie de leur étendue, aux parois de l'abdomen et aux organes contenus dans la cavité péritonéale.

Le deuxième moyen, auquel on a donné le nom d'*ovariotomie,* consiste à enlever la tumeur. Il convient surtout lorsque cette dernière n'a pas contracté d'adhérences, ou que celles-ci sont molles et faciles à détacher; et l'on peut dire que son application est relativement commode et beaucoup moins dangereuse que celle des procédés précédents, dans les cas favorables que nous venons de mentionner.

Kyste multiloculaire. — Mais si la tumeur, au lieu d'une seule poche, en présente plusieurs, — ou bien ces loges sont accessoires, petites, peu nombreuses, peu capaces, et semblent faire partie de la poche principale, et alors on peut se conduire comme si le kyste était uniloculaire; — ou bien ces loges sont très-nombreuses, et séparées l'une de l'autre par des cloisons très-résistantes qui renferment des substances plus ou moins solides (kystes aréolaires), et dans ce cas, il n'est pas moins impossible de faire communiquer ces poches entre elles, que de donner une issue facile au liquide qu'elles contiennent. C'est là que la gastrotomie suivie de l'ablation du kyste se présente comme unique ressource.

Adhérences. — Et toutes les fois que la tumeur menace la

vie de la malade, soit par son grand volume, soit par une complication grave survenue dans l'intérieur de la poche (hémorrhagie, suppuration), il est encore indiqué d'extraire la masse morbide lors même qu'elle a contracté des *adhérences* fermes, résistantes, et vasculaires. C'est à ce prix seulement que la vie de la malade peut être conservée. On verra dans nos observations, avec quelle prudente lenteur il faut alors procéder; à quelle dissection méticuleuse, à quels expédients de ligatures tantôt simples, tantôt multiples, préventives ou définitives, à quels procédés de décollement, d'écrasement, de sections sanglantes ou ignées des brides adhérentes, il faut incessamment recourir; on verra enfin comment il faut ne jamais se lasser d'aller doucement et de poursuivre jusqu'au bout une tâche qui paraît d'abord interminable.

Mais, la tumeur une fois dégagée de ses adhérences, tous les obstacles ne sont pas surmontés : d'autres difficultés se présentent qui proviennent du *mode d'implantation.*

Mode d'implantation. — Pour triompher du nouveau genre de complications dont je veux parler, j'ai dû recourir à deux ordres de moyens : — tantôt j'ai été conduit à lier le pédicule, à l'exciser d'un seul coup, à l'étreindre à l'aide de l'un des clamps construits à cet effet, à l'attirer vers l'angle inférieur de la plaie en ayant soin de l'immobiliser dans cette position et de faire en sorte qu'aucune goutte de pus ou de matière septique ne pût s'introduire consécutivement dans la cavité péritonéale; — tantôt, quand au contraire les kystes étaient implantés sur les côtés de l'utérus par un pédicule large et court, et qu'ils étaient reliés aux organes pelviens par une partie très-étendue de leur surface, j'ai dû chercher à détruire par portions toute la base d'implantation, et j'ai pu obtenir ce

résultat en me servant d'un clamp spécial, formé principalement de deux valves incurvées et disposées de manière à permettre d'écraser linéairement chacune de ces portions, et de les cautériser ensuite s'il y a lieu.

Ce procédé de morcellement m'a permis d'obtenir plusieurs fois le succès dans des cas en apparence désespérés. — Tantôt il a été favorisé par l'application de ligatures successivement placées sur le pédicule jusqu'au moment où, la totalité de la masse morbide étant détruite, ce même pédicule pouvait être saisi par un clamp, attiré vers le bord inférieur de la plaie et maintenu par plusieurs aiguilles. Des ligatures durent alors être appliquées sur quelques vaisseaux saignants au niveau de la surface de section; celle-ci fut cautérisée à l'aide du perchlorure de fer, et, pour prévenir le passage du pus dans le bassin, des tubes à drainage furent disposés convenablement dans la plaie. — Tantôt le morcellement a été accompagné de cautérisations successives, jusqu'à ce que le pédicule, complétement détaché du kyste, pût être abandonné dans la cavité abdominale, suivant un procédé que j'ai le premier vulgarisé en France.

Au premier abord, il semble qu'une méthode qui nécessite l'emploi de moyens aussi énergiques que ceux dont il vient d'être question, doit être des plus dangereuses. Cette manière de voir fut d'ailleurs celle qui se présenta la première à mon esprit, et bien que j'eusse déjà antérieurement laissé dans la cavité abdominale, un très-grand nombre de ligatures faites soit avec des fils de matière organique, soit avec des fils métalliques; bien que j'eusse détruit par le cautère actuel quelques adhérences, et que j'eusse entendu parler des résultats heureux produits par la cautérisation de quelques pédicules, il ne fallut rien moins que les difficultés en présence des-

quelles je me trouvais placé, pour que je songeasse à un moyen qui, quoique rationnel et seul applicable, ne laissait pas que de m'inspirer quelque effroi.

Mais l'événement n'a pas justifié ces craintes : il est même à constater que la proportion des succès obtenus ne le cède en rien à celle qu'eussent donnée des cas plus favorables quant au volume des tumeurs et à la largeur de leur implantation. C'est enfin l'heureux essai que j'avais fait de cette méthode qui m'a permis de sauver la malade chez laquelle j'ai dû pratiquer la splénotomie.

Hémorrhagie. — Grâce aux ligatures métalliques que j'ai eu soin de placer sur les vaisseaux qui, à la surface de section, malgré toutes précautions prises, donnaient du sang, et grâce aux cautérisations, j'ai été assez heureux dans tous les cas pour prévenir toute hémorrhagie; et j'ai été d'autant plus satisfait des moyens que j'ai employés, que je n'ai jamais eu, après mes opérations, de ces hémorrhagies consécutives qui sont notées dans les statistiques comme l'une des causes de mort les plus fréquentes.

Occlusion de la plaie. — Quel que soit le mode opératoire mis en usage pour l'extraction du kyste, j'ai eu soin, chez toutes mes opérées, de fermer la plaie abdominale aussi complétement que possible, et d'empêcher toute communication entre l'extérieur et la cavité péritonéale. Bien que cette pratique ait été vigoureusement combattue par plusieurs chirurgiens, je n'ai eu qu'à me féliciter d'y avoir eu recours, car, dans aucun cas, elle n'a entraîné à sa suite le moindre accident.

Il est même à remarquer que, dans le seul cas de kyste ovarique où j'accédai au désir qui m'avait été manifesté par

quelques chirurgiens, de placer à l'angle inférieur de la plaie un tube de verre long de douze centimètres, pénétrant jusqu'au fond du bassin, et recourbé à l'extérieur de façon à offrir une issue libre aux liquides fournis, consécutivement à l'opération, par la séreuse péritonéale, — ce corps étranger, loin d'être innocent comme on me l'avait affirmé, a donné lieu à une péritonite pelvienne des plus regrettables. Ce tube qui, dès les premiers temps qui suivent l'opération, établit une libre et permanente communication entre l'atmosphère et la cavité péritonéale, alors même qu'il n'y aurait aucune nécessité de le faire, puisqu'il peut ne pas y avoir de liquides à évacuer, et qui, lorsqu'il y en a, est incapable de le faire complétement puisqu'il n'offre aux liquides rassemblés au fond du bassin qu'une issue dirigée de bas en haut, c'est-à-dire contre les lois de la pesanteur; cette tige rigide qui, placée à l'angle inférieur de la plaie abdominale, au voisinage du pédicule étranglé par le clamp, peut conduire jusqu'au péritoine des suintements purulents et septiques, m'a toujours paru aussi nuisible qu'inutile. Non pas que l'indication se présentant d'évacuer des liquides qui, un temps plus ou moins long après l'opération, seraient versés dans le péritoine, je me refuse à y satisfaire. En pareil cas, mais seulement alors, plusieurs moyens se présentent parmi lesquels je citerai : *a*. Le sondage temporaire qui consiste à introduire, chaque fois qu'il est nécessaire, par l'incision abdominale désunie à cette intention, une sonde élastique. — *b*. La ponction pratiquée à l'aide d'un trocart de dimension variable et répétée suivant le besoin, sans que jamais la canule soit laissée à demeure. — *c*. L'établissement dans le bas-fond du bassin d'une anse de tube élastique et fenêtré de petit calibre dont les deux extrémités conduisent facilement au dehors les liquides collectionnés, soit en leur offrant une issue déclive,

soit en permettant leur aspiration à l'aide d'instruments spéciaux.

Pour mon compte, j'admets assez volontiers l'usage du premier de ces moyens, même quand l'exploration est faite le long du pédicule, mais à la condition que cela soit pendant les premières heures qui suivent l'opération, avant que des liquides septiques aient pu se former sur le trajet de la plaie; j'admets encore et même plus volontiers l'usage du second de ces moyens, pourvu que les ponctions dont il s'agit, qu'elles soient exploratrices ou évacuatrices, soient faites sans qu'on laisse de canule à demeure; je ne consentirais à laisser de canule à demeure que si la ponction avait été faite dans un point déclive et favorable à l'écoulement des liquides, comme le fond du vagin par exemple; mais, de ces trois moyens, celui auquel je suis le plus disposé à accorder la préférence, est l'introduction du tube élastique dont j'ai déjà parlé. Assurément, il faut pour que je prenne ce parti, que l'indication soit parfaitement établie. Aussi ne me refuserais-je pas, si le diagnostic était douteux, à une ponction exploratrice pratiquée à l'aide d'un fin trocart. Mais cette ponction affirmant la présence de liquides collectionnés, j'hésite d'autant moins à placer l'anse élastique dont j'ai parlé, que le manuel opératoire que j'ai imaginé pour l'introduction du tube, m'oblige pour ainsi dire à une nouvelle exploration. A supposer, contre toutes probabilités, que cette exploration soit négative, il me serait encore possible, et tout au dernier moment, de m'abstenir.

Et maintenant, par quelle voie cette anse douce et flexible doit-elle être introduite? Sera-ce par la plaie abdominale désunie à cette intention?—Outre que le trajet de la sonde n'offrirait pas aux liquides à évacuer l'issue déclive qu'il faut leur fournir, cette sonde elle-même, comme le tube de verre dont

je viens de parler, pourrait devenir une tige conductrice des matières purulentes et septiques qui sont fournies par la plaie, cela surtout quand le pédicule aurait été étranglé par un clamp et que ce serait près de lui, dans l'angle inférieur de la plaie, qu'on chercherait à placer la sonde évacuatrice. Il me paraîtrait donc préférable d'utiliser, pour cette introduction, le procédé de M. Spencer Wells, si ce procédé, dont le premier temps consiste à perforer de bas en haut, à l'aide d'un gros trocart, le fond du vagin, et à pénétrer d'emblée, de l'extérieur à l'intérieur, dans la cavité péritonéale, n'était d'une exécution à la fois difficile et périlleuse ; difficile, parce que le chirurgien opère dans une région où les douleurs éprouvées compliquent les manœuvres ; périlleuse, parce qu'il n'est pas impossible que l'effort nécessaire pour transpercer la cloison utéro-rectale ne pousse le trocart au delà de la résistance vaincue et que la pointe de l'instrument, à l'insu même de l'opérateur à qui il est difficile d'analyser exactement la secousse qu'il ressent, n'aille blesser une anse intestinale ou quelque vaisseau important. Cette analyse critique du procédé de M. Spencer Wells m'a conduit à chercher, pour l'introduction d'un tube élastique et fenêtré, une voie à la fois facile et sûre qui, sans faire courir de nouveaux risques à la vie de l'opérée, permît au chirurgien de satisfaire pleinement à l'indication. Or, à l'aide d'une très-petite incision qui a l'avantage d'être exploratrice, et qui n'a pas l'inconvénient de suppurer, puisqu'elle peut être immédiatement refermée, il est facile de porter la pointe d'un trocart spécial (que j'ai depuis longtemps fait construire par M. Mathieu), jusque sur la cloison utéro-rectale, et de la perforer, non plus de l'extérieur à l'intérieur, mais de l'intérieur à l'extérieur. Ainsi sont évités les dangers et les difficultés dont je parlais tout à l'heure. Quant aux der-

niers temps de l'opération, ils s'exécutent autrement, mais bien plus facilement que ceux du procédé qui appartient à M. Spencer Wells. Voici du reste la description complète du manuel opératoire que je me suis tracé :

Premier temps. — A la région inguinale, au niveau du ligament de Fallope, sur un point assez rapproché des bords latéraux de l'utérus, je pratique d'abord une petite incision qui intéresse toute l'épaisseur des parois abdominales, y compris le péritoine pariétal.

Deuxième temps. — Cette petite incision, qui a, comme je l'ai déjà dit, l'avantage d'être exploratrice, permet l'introduction d'un trocart spécial dont j'ai depuis longtemps déterminé la courbure par des expériences faites sur le cadavre. A l'aide de ce trocart plongé dans le petit bassin, je traverse avec précaution, de haut en bas et de l'intérieur à l'extérieur, le plancher du bassin, au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin. Dès que la pointe du trocart apparait à la vulve, je retire le poinçon en laissant en place la canule par laquelle je fais immédiatement passer un tube élastique et fenêtré de petit calibre. L'un des bouts du tube faisant saillie par le vagin et l'autre par la petite incision inguinale, je retire la canule.

Troisième temps. — J'introduis à nouveau le trocart et traverse une seconde fois, à quelque distance de la première piqûre, le plancher du bassin. Comme la première fois, dès que la pointe du trocart apparait à la vulve, je retire le poinçon, toujours en laissant en place la canule dans laquelle j'engage l'extrémité inguinale du tube élastique. Retirant ensuite cette canule par le vagin, j'y ramène en même temps cette même extrémité inguinale du tube élastique, qui, ainsi

doublé, vient faire, au fond du petit bassin et à sa partie la plus déclive, une anse dont les deux bouts pendent à l'orifice vulvaire, et conduisent incessamment au dehors les moindres quantités de liquide déversé dans la cavité péritonéale. — Les choses ainsi établies, je referme immédiatement la petite incision inguinale.

Le mode particulier de cautérisation que j'ai plusieurs fois appliqué est aussi assez différent de ceux qui ont été employés par MM. Claye et Baker-Brown. Tandis en effet que ces chirurgiens, dont l'exemple d'ailleurs n'avait pas trouvé en France d'imitateurs, compriment le pédicule pendant 10 à 12 heures et ne cautérisent les vaisseaux qu'après ce laps de temps écoulé, j'ai imaginé non-seulement de maintenir les vaisseaux comprimés dans le pédicule, mais encore de sectionner extemporanément par écrasement les tissus, de façon à les réduire de volume et à les rendre en quelque sorte aussi minces que possible, avant de porter, sur la ligne de section de ces mêmes tissus et de leurs vaisseaux, des fers rougis à blanc; et lorsque, pour obtenir ce résultat, le pédicule ou les adhérences étaient trop larges pour que le détachement de la tumeur pût être fait en une fois, je n'ai pas craint de recourir au morcellement; et comme le petit clamp droit, si ingénieusement construit en Angleterre, ne m'aurait permis ni de pénétrer aisément à de grandes profondeurs, ni d'obtenir la puissance de section qui constitue la base du procédé auquel j'ai eu recours, j'ai fait construire par nos habiles fabricants d'appareils, MM. Mathieu et Guéride, plusieurs instruments disposés en forme de tenaille incisive ou d'étau, dont la puissance est vraiment remarquable.

Ce procédé, qui dispense de placer une grande quantité de

ligatures sur les nombreux vaisseaux de la section, n'a jamais laissé mes malades exposés à aucune chance d'hémorrhagie. Il m'a également paru moins propre à favoriser l'apparition des péritonites, que ceux qui consistent à lier en masse le pédicule, puis à le couper, ainsi que les fils, au ras du nœud, avant d'abandonner le tout dans l'abdomen.

La cautérisation, appliquée plus largement qu'on ne l'avait fait avant moi, est, comme on vient de le voir, d'une très-grande ressource dans des cas tellement compliqués qu'aucun autre moyen ne permettrait d'obtenir l'extraction des tumeurs dont il s'agit. C'est donc là une méthode qui offre des avantages incontestables, et nul doute que son mode d'application ne puisse encore être l'objet de quelques perfectionnements. On conçoit aussi qu'elle aurait pu être employée avec succès dans la plupart des cas où, après avoir excisé le kyste, j'ai maintenu le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie. Cependant j'hésiterais à y recourir si le pédicule était long et peu volumineux. L'une de mes observations démontre même qu'elle serait moins avantageuse dans le cas ou l'utérus et une partie des organes voisins auraient été chassés hors du vagin par l'accroissement de la tumeur, celle-ci remplissant le bassin et abaissant ou refoulant les viscères contenus dans cette cavité. Il est alors indispensable, après avoir extrait la tumeur, de maintenir les organes herniés complétement réduits, et de disposer le pédicule de façon à prévenir, après l'extraction, un nouveau prolapsus.

Quelle que soit la méthode à laquelle le chirurgien donne la préférence, il est à remarquer combien la guérison peut être obtenue rapidement même dans les cas en apparence les plus

graves. J'ai vu en effet quelques-unes de mes malades reprendre leurs occupations avant même que la pensée me fût venue de les y autoriser.

Notons encore que d'après l'examen des faits que je publie, la guérison est loin d'être impossible même chez des personnes âgées et complètement épuisées par la longueur des souffrances et le développement excessif de la tumeur.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille, comme plusieurs chirurgiens l'ont conseillé et comme je l'ai fait moi-même, attendre que la maladie soit parvenue à sa dernière période pour recourir à l'opération et qu'il faille regarder l'ovariotomie comme une ressource *in extremis?* En tenant compte des difficultés extrêmes que j'ai éprouvées, des chances défavorables que j'ai assumées et de la proportion insolite de succès que j'ai obtenue dans ces sortes de cas,... je me trouve conduit de plus en plus chaque jour à suivre une ligne de conduite opposée et à opérer de bonne heure, avant que des complications de toutes sortes soient survenues, et pendant que les malades possèdent encore une somme de forces suffisante pour résister au *choc* ou *collapsus* qui se produit forcément pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Un dernier mot enfin, en manière de conclusion, sur le pronostic à porter pendant le cours même de l'opération. N'est-il pas à signaler qu'en face des complications, des difficultés inextricables que plusieurs cas ont inopinément présentées, l'opérateur eût été en droit de se considérer comme désormais impuissant, et qu'il eût pu, pour dégager de son mieux sa responsabilité, renoncer à poursuivre une œuvre dont les chances de succès, même les plus improbables, semblaient irrévocablement perdues? J'ai pris courage cependant, et appelant à

moi toutes les ressources dont je pouvais me faire une arme, j'ai voulu aller jusqu'au bout. Or, le plus grand nombre de mes opérées ont guéri. Quels regrets n'aurais-je pas aujourd'hui si, en quelque occasion, j'avais manqué de sang-froid ou de persévérance?

Puissent donc les moyens extrêmes qui m'ont été d'un si utile secours en ces moments critiques, être appelés à rendre de nouveaux services! Trop heureux serai-je, s'ils peuvent agrandir le cadre de la chirurgie, reculer encore les limites de l'art de guérir, et permettre de rendre à la vie un certain nombre de ces malades désespérées qui semblent déjà promises à la mort.

Ire OBSERVATION.

—

KYSTE SANGUIN DE L'OVAIRE GAUCHE. — UNE PONCTION FAITE ANTÉRIEUREMENT. — ADHÉRENCES PARIÉTALES ET VISCÉRALES. — GUÉRISON.

Mme Ferrari, demeurant à Paris, avenue de Clichy, 87; âgée de 30 ans, Italienne de naissance; brune, d'un tempérament nerveux, d'une constitution assez frêle; ayant eu cinq enfants;... s'est aperçue, il y a deux ans environ, de la présence, dans la cavité abdominale, d'une petite tumeur mobile. A cette époque, elle eut sa dernière couche, qui avait présenté de graves difficultés, au dire de Mme Mangin, sage-femme qui l'avait accouchée.

Depuis cette époque, la malade avait éprouvé à plusieurs reprises des douleurs abdominales, compliquées de troubles digestifs, de dyspnée, de fièvre. Ces accidents étaient bientôt devenus de plus en plus graves, et, pendant que le volume du ventre s'accroissait rapidement, ils avaient pris, dans les derniers temps, un tel degré d'intensité, que l'état cachectique qu'ils avaient déterminé, faisait croire à la coïncidence d'une phthisie avancée.

La menstruation, qui s'était toujours bien accomplie, était complétement suspendue depuis six mois.

La marche de ces symptômes n'avait pas été entravée par une ponction qui, pratiquée au mois de septembre 1864, avait donné issue à quinze litres d'un liquide brunâtre, visqueux et très-épais.

Lorsque je fus appelé près de cette malade, elle était considérée comme perdue; le ventre était énorme; il y avait de l'œdème de la région hypogastrique et des membres pelviens; le pouls, excessivement faible, battait 110 pulsations.

L'état d'anémie et d'épuisement de la malade constituait une contre-indication sérieuse; je n'avais nul désir d'engager ma responsabilité et il ne fallut rien moins que la prière des parents et la commisération

que m'inspira leur douleur, pour vaincre mes répugnances et me décider à une opération qui présentait, il est vrai, la seule chance de salut, mais qui ne pouvait être tentée qu'en désespoir de cause.

Le ventre mesurait 1 mètre 35 c. de circonférence ; il était considérablement distendu jusqu'aux hypochondres ; sa surface, sillonnée de veines dilatées, était assez régulière; la fluctuation était évidente. A la percussion, la matité et le frémissement ondulatoire se percevaient très-nettement dans toute l'étendue de l'abdomen, excepté dans les régions épigastrique et lombaire, où la sonorité était manifeste.

Au toucher vaginal, l'abaissement de l'utérus paraissait considérable, et l'on reconnaissait que la tumeur remplissait la cavité pelvienne. Il eût été impossible, autrement qu'à l'aide des commémoratifs qui permettaient de supposer que la tumeur avait pris naissance à gauche, de diagnostiquer lequel des ovaires était atteint; mais la nature des douleurs éprouvées antérieurement pouvait faire craindre, à juste titre, qu'il n'existât d'assez nombreuses adhérences épiploïques et intestinales.

Assisté de M. le docteur Maurice Raynaud, agrégé de la Faculté, de MM. les docteurs Saurel, Payraud et J. Dupont, je pratiquai l'opération (novembre 1864).

La malade ayant été soumise aux inhalations du chloroforme, je fis sur la ligne médiane une incision, commençant au milieu de l'intervalle qui sépare l'épigastre de l'ombilic et s'étendant jusqu'au pubis. Après avoir divisé successivement, sur la ligne blanche, les différentes couches qui forment la paroi abdominale, et avoir lié à mesure les nombreux vaisseaux qui se trouvèrent intéressés, j'incisai le péritoine sur la sonde cannelée. Aussitôt une certaine quantité de sérosité péritonéale, de couleur citrine, s'écoula et le kyste apparut entre les lèvres de la plaie, recouvert par le grand épiploon, qui était enroulé sur lui-même et adhérait intimement aux faces antérieure et supérieure de la tumeur, dans une grande partie de leur étendue.

La ponction du kyste fut faite avec un trocart de fort calibre (fig. 1), et la tumeur fut maintenue, à l'aide de pinces spéciales (fig. 2), pen-

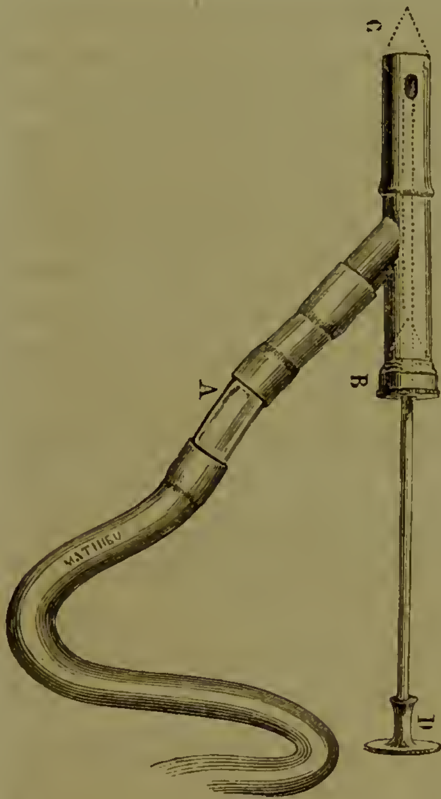




Fig. 1.— *Trocart de M. Mathieu.*
C Poinçon.
D Piston aspirateur.
A Tube évacuateur.

Fig. 2.— *Pinces de M. Nélaton.*
A Mors plats, striés et à dents multiples.
B Agrafes pour fixer les branches.

dant qu'elle se vidait, de telle façon qu'aucune portion de liquide ne s'écoula dans la cavité péritonéale. Cette ponction donna issue à environ 10 litres d'un liquide assez homogène, dense, visqueux, couleur chocolat; la tumeur se vida presque complétement; il restait seulement quelques kystes très-petits, développés dans la paroi de la poche principale.

Il devint alors facile de juger de l'étendue et de l'importance des adhérences de l'épiploon, et j'acquis bientôt la certitude qu'il était impossible de les détacher, sans s'exposer à des déchirures qui pouvaient déterminer un épanchement de sang considérable. Or, voici le parti que m'inspira cette complication : au lieu de chercher à lier successivement

tous les vaisseaux à mesure que je les aurais trouvés intéressés, je passai, à travers les feuillets de l'épiploon, au voisinage de l'insertion du colon transverse et dans la partie qui servait, si l'on peut ainsi parler, de base aux parties épiploïques épanouies sur la tumeur, un double fil métallique; j'en ramenai les extrémités en sens opposés, de manière à former deux anses accolées, dans chacune desquelles j'étreignis la moitié des feuillets épiploïques; la portion adhérente à la tumeur se trouva ainsi séparée du reste de l'épiploon par une double ligature, au-dessous de laquelle je pus exciser sans danger. La portion ainsi liée était tellement volumineuse, que l'une des deux ligatures se trouva insuffisante, et que je dus en appliquer une autre pour arrêter l'hémorrhagie.

Le kyste adhérait encore à différentes portions de l'intestin, à l'utérus et au péritoine pariétal. Ces adhérences furent difficiles à rompre, et elles étaient tellement vasculaires que je dus porter une ligature sur chacune d'elles avant de les diviser, ce que je pus faire en partie avec le doigt, en partie avec le bistouri.

Il fut alors possible de contourner la tumeur, devenue ainsi mobile, de la tirer au dehors, de reconnaître et d'étrangler dans un lien serré vigoureusement, le pédicule, qui était court et mesurait à peine un centimètre et demi de longueur. Le clamp (fig. 3) fut ensuite appliqué

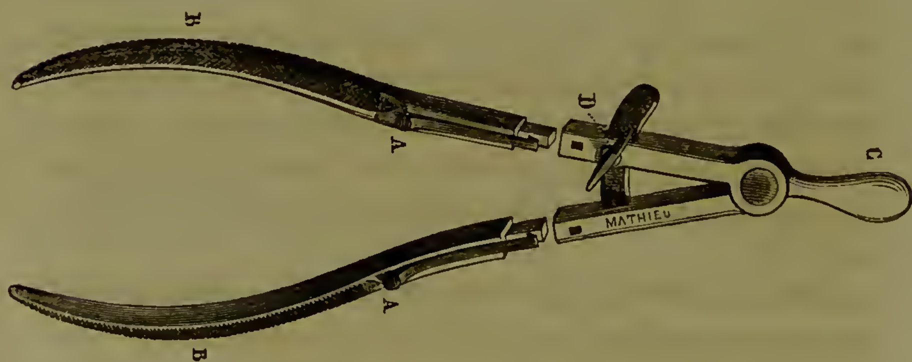


Fig. 3. — *Clamp de M. Mathieu.* — AA Cliquets pour articuler les branches BB. Le pédicule serré, on ne laisse en place que la partie CD.

sur ce même pédicule, immédiatement au-dessous de la ligature, et toute la portion exubérante de la tumeur fut excisée.

Ce temps de l'opération présenta de sérieuses difficultés ; à plusieurs reprises, sous l'influence des efforts de vomissement déterminés par le chloroforme, les intestins s'étaient échappés au dehors, et, à ce moment surtout, leur réduction fut très-laborieuse.

Après l'ablation de la tumeur, le sang et la sérosité épanchés dans la cavité abdominale furent épongés avec le plus grand soin ; les anses intestinales furent nettoyées avec la plus minutieuse attention ; puis, conviction m'étant acquise qu'il n'y avait aucun danger d'hémorrhagie et que l'ovaire droit était parfaitement sain, j'attirai le pédicule dans l'angle inférieur de l'incision, et je procédai à l'occlusion de la plaie.

Sauf les fils qui avaient servi à obturer les nombreux vaisseaux ouverts à la surface de la plaie, et qui furent ramenés au dehors, toutes les ligatures portées sur les vaisseaux appartenant à l'intérieur de la cavité abdominale, ainsi que les anses métalliques qui avaient servi à étreindre l'épiploon, furent laissés dans le ventre, et la plaie fut fermée complétement par six points de suture à anses séparées, en fil métallique. Ces points, passés dans la paroi abdominale à une grande distance des lèvres de la plaie, embrassaient une portion du péritoine pariétal, et, dans l'intervalle de ces points de suture, les parties de la plaie qui se trouvèrent béantes furent fermées à l'aide d'épingles et de la suture entortillée.

La plaie était ainsi close dans toute son étendue, sauf dans la partie inférieure, qu'occupait le pédicule. Celui-ci fut ensuite fixé solidement au dehors par le clamp et maintenu par deux longues aiguilles en fer placées en dehors du clamp (fig. 4). La surface de section avait été cautérisée avec le perchlorure de fer à 36°.



Fig. 4. — Aiguille destinée à maintenir le pédicule.

Le pansement n'exigea aucun soin particulier : je recouvris la plaie d'une compresse imbibée d'eau, et une compression fut méthodique-

ment appliquée sur les parois latérales du ventre à l'aide de serviettes pliées et maintenues par un bandage de corps.

L'opération avait duré deux heures; la malade avait péniblement supporté le chloforme, et les efforts de vomissement qu'il avait déterminés se renouvelèrent, à plusieurs reprises, pendant les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération. On se borna à l'emploi de boissons glacées, alcooliques et légèrement stimulantes; on dut vider la vessie à l'aide de la sonde.

Le deuxième jour, la malade se plaignit de quelques douleurs abdominales, qui furent promptement calmées par l'application de vessies remplies de glace. Les vomissements avaient cessé, la soif était moindre, le pouls était descendu à 100. Outre les boissons, quelques bouillons furent aisément digérés. Le cours des urines s'était rétabli.

Le troisième jour, j'enlevai les épingles et je modifiai la suture métallique, afin de la relâcher un peu et d'éviter que le gonflement des parties n'entraînât leur section ; les extrémités des fils métalliques furent dénouées, et chacune d'elles fut passée dans un trou pratiqué au milieu d'une petite cheville, puis enroulée sur cette cheville, de façon que la suture à anses se trouva transformée en une suture enchevillée (fig. 5).

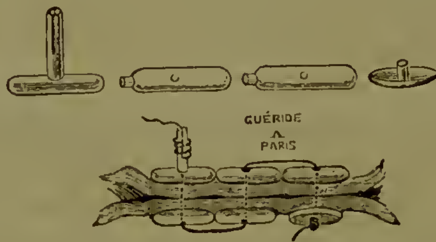


Fig. 5. — *Chevilles à suture* construites sur mes indications par M. Guéride.

Pendant les jours qui suivirent, l'état de la malade continua à s'améliorer; le pouls oscilla entre 100 et 80; dès le troisième jour, les garde-robes, qui avaient été suspendues depuis l'opération, se rétablirent, sans qu'il fût nécessaire de recourir à l'emploi des évacuants. Un régime alimentaire plus substantiel fut prescrit, en même temps que les boissons glacées excitantes et alcooliques furent continuées.

Le ventre avait été, dès les premiers jours, recouvert d'une couche épaisse de collodion; mais il s'était considérablement ballonné, et, pour favoriser l'évacuation des gaz, on dut insister sur l'emploi de la glace à l'extérieur et de la compression.

Pour combattre la putréfaction du pédicule, qui commença promptement à se manifester, les pansements furent faits avec de l'eau alcoolisée.

A partir du cinquième jour, l'état général devint satisfaisant; la malade put prendre des aliments plus solides; le ventre, bien que distendu, s'assouplit, et les applications de glace furent supprimées.

Le septième jour, je retirai les fils métalliques, que je remplaçai par une suture sèche, établie au moyen de fils élastiques maintenus à l'aide de la colle forte à froid.

Le huitième jour, le clamp tomba spontanément; la suppuration qui, sous l'influence des pansements alcooliques, n'avait pas été très-considérable et qui avait toujours eu un bon caractère, diminua encore à partir de ce moment.

Le huitième jour, la malade, qui se découvrait à chaque instant et ne permettait pas qu'on entretînt autour d'elle une température suffisamment élevée (le froid était très-rigoureux), fut atteinte d'une bronchite aiguë qui détermina des efforts de toux violents et réitérés. Sous l'influence de ces efforts, la partie supérieure de la plaie, qui semblait solidement réunie, s'ouvrit le dixième jour, dans une très-grande étendue à travers laquelle les intestins vinrent faire hernie. Je me trouvais là, fort heureusement; je réduisis les intestins, et réappliquai de nouveaux points de suture métallique.

Cet accident, qui pouvait inspirer quelque crainte, n'influa en rien sur l'état général de l'opérée, qui ne fut fatiguée que par l'affection bronchique, et chez qui les règles, suspendues depuis six mois, avaient reparu en assez grande abondance le dixième jour après l'opération, ce que je considérai comme un symptôme favorable. Le travail de cicatrisation reprit une marche régulière. Le ventre conserva sa souplesse

et demeura insensible à la pression. Les fonctions digestives s'accomplirent régulièrement.

Sous l'influence d'une température douce et uniforme, et sans qu'aucune modification fût apportée au régime alimentaire, la bronchite guérit en huit jours, à l'aide de quelques boissons pectorales.

Au dix-huitième jour, la suppuration était presque tarie; les fils métalliques furent retirés de nouveau; la cicatrice, devenue linéaire, avait considérablement diminué de longueur.

Au vingtième jour, la convalescence était assez avancée pour qu'il pût être permis à la malade de se lever.

A un mois de là, les règles reparurent pour la seconde fois, et la menstruation s'accomplit désormais avec une grande régularité.

La malade, dont la santé s'était franchement rétablie, fut montrée, deux mois après l'opération, par M. Nélaton, aux nombreux élèves qui suivaient sa clinique, et ceux-ci purent s'assurer que la guérison était parfaite. Lorsque je la présentai à l'Académie (le 25 juillet 1865), plusieurs des membres présents à la séance voulurent bien constater que l'état général, non moins que l'état local de l'opérée, ne laissait rien à désirer.

Depuis cette époque, Mme Ferrari a pris de l'embonpoint, et se livre chaque jour avec grande facilité aux travaux manuels les plus fatigants.

L'examen de la tumeur montra que les parois des kystes étaient très-épaisses dans certains points et au contraire amincies dans d'autres; qu'elles étaient très-vasculaires; que cette vascularité consistait en un réseau sanguin formé de veines dépourvues de valvules et très-dilatées, et de quelques troncs artériels volumineux, qui envoyaient un assez grand nombre de ramifications vers les parties adhérentes. La tumeur était constituée par une poche considérable, dans les parois de laquelle s'étaient développés des kystes adventices. La trompe, hypertrophiée, oblitérée dans une partie de son étendue, et placée au devant de la tumeur, l'embrassait dans la moitié de sa circonférence.

Ordoñez, mon regrettable ami, avait bien voulu se charger de l'exa-

men microscopique de la tumeur. Il constata que les parois des kystes étaient formées de deux couches fibreuses distinctes, communes à la plupart des tumeurs qu'il avait étudiées autrefois. Ces deux couches étaient faciles à isoler; l'une d'elles, extérieure, était évidemment constituée par un feuillet du péritoine et enveloppait toute la tumeur; l'autre, intérieure, constituait la paroi propre à chacune des loges contenues dans la masse commune.

Chacune de ces couches fibreuses paraissait posséder un système indépendant de vaisseaux sanguins. La couche péritonéale renfermait les vaisseaux destinés à l'appareil génital intra-abdominal; ces vaisseaux étaient hypertrophiés, et parmi eux il s'en trouvait un grand nombre qui paraissaient être de formation nouvelle. — La deuxième couche fibreuse, ou paroi propre des kystes, avait plusieurs vaisseaux sanguins qui rampaient à leur surface en entourant le kyste de toutes parts; ils pénétraient ensuite à l'intérieur et allaient se terminer d'une façon digne de remarque; car, dans ce mode de terminaison, Ordoñez croyait avoir découvert la véritable genèse des kystes et l'explication des différents aspects présentés par le liquide contenu dans leur cavité. En effet, ces vaisseaux sanguins, réduits aux proportions des capillaires de la deuxième et de la troisième variété, pénètrent dans les cavités kystiques. A ce niveau, ils se terminent par des houppes libres, ne présentent qu'une paroi propre, mince, élastique, renflée de distance en distance, et constituent de véritables chapelets. Ces petites houppes vasculaires flottent à l'intérieur des kystes et s'entourent d'une couche qui devient plus tard l'origine d'une nouvelle cavité. Sur quelques points de leurs parois, ces capillaires sont chargés de granulations calcaires composées de carbonate ou de phosphate de chaux et de magnésie. Ils présentent une grande friabilité, et même des déchirures qui semblent attester qu'elles ont été le point de départ d'extravasations sanguines.

Quant au liquide, il contenait de l'eau, de l'albumine, de la fibrine, une quantité considérable de globules sanguins à différentes périodes de décomposition, et de l'hématosine à l'état de granulations moléculaires

qui cristallisaient facilement par l'application de l'éther sulfurique. On y trouvait encore de la cholestérine, de la margarine et des sels calcaires, phosphate ou carbonate de chaux et de magnésie.

REMARQUES.

Si l'analyse des faits démontre que cette malade n'était pas, tant s'en faut, dans l'état le plus satisfaisant et le mieux fait pour assurer la réussite de l'opération, les conditions hygiéniques dans lesquelles cette opération fut entreprise, et dans lesquelles la malade resta en traitement, étaient loin aussi de ne rien laisser à désirer.

La chambre que l'opérée habita pendant toute la durée du traitement, et où l'opération a été pratiquée, était petite; elle avait à peine 3 mètres sur 3,50; elle était exposée à l'ouest, au deuxième étage, sur une rue aérée il est vrai, mais très-bruyante; elle n'avait qu'une fenêtre et était contiguë à la seule chambre qui, avec elle, constituait tout l'appartement de la famille, chambre dans laquelle couchaient cinq enfants, où l'on faisait la cuisine, et où l'on séchait (on était en hiver) le linge nécessaire à la malade.

—

IIe OBSERVATION.

—

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE DROIT COMPLIQUÉ DE PÉRITONITE SUPPURÉE. — ADHÉRENCES GRAVES. — GUÉRISON.

Mme Damange, demeurant à Paris, 18, rue Visconti, âgée de trente-huit ans, brune-châtain, d'une taille un peu au-dessous de la moyenne, d'un tempérament bilieux, d'une constitution délicate, ayant eu sept enfants, dont le dernier est âgé de trois à quatre ans, avait reconnu depuis dix-huit mois la présence d'une tumeur située dans l'abdomen, lorsque je fus appelé auprès d'elle. La menstruation était suspendue depuis cinq mois.

Au début, l'affection s'était manifestée par l'accroissement du volume du ventre (accroissement qui s'était d'abord accompli assez lentement), et par l'apparition de douleurs abdominales atroces, revenant à intervalles et parfois accompagnées de vomissements.

Tous ces symptômes s'étaient singulièrement aggravés, et le ventre s'était considérablement développé, depuis quatre mois, sous l'influence d'un traitement électrique par l'acupuncture, subi avec la plus courageuse persistance. Chaque séance d'électricité donnait lieu à des accidents terribles : douleurs atroces, vomissements, prostration extrême.

Au moment où je la vis, la malade était en proie à tous les symptômes d'une péritonite des plus intenses : face grippée, pouls filiforme et impossible à compter; tympanite, douleurs violentes, vomissements verts, sécheresse de la peau, refroidissement des extrémités.

Tous ces accidents étaient brusquement survenus à la suite de la dernière séance d'acupuncture électrique; la malade était depuis trente-six heures dans cet état.

Le volume du ventre était énorme (le kyste qui le remplissait contenait trente litres de liquide) et sa distension s'étendait jusque dans la région thoracique; la dyspnée était extrême.

Les membres inférieurs étaient œdématiés et la bouffissure de la face témoignait d'un état anémique parvenu à son dernier degré.

La surface du ventre présentait des bosselures indiquant qu'il y avait un grand nombre de poches dans la tumeur; la fluctuation était facile à percevoir; mais elle se limitait à chacune de ces bosselures, ainsi que le frémissement ondulatoire. La matité était généralisée et ne cessait d'être perçue qu'à la région épigastrique et aux lombes, où la sonorité était évidente.

Au toucher, l'utérus, un peu abaissé et porté à gauche, semblait cloué dans la cavité pelvienne, qui était remplie par la tumeur. Le rectum et la vessie étaient aplatis contre les parois du bassin. Depuis longtemps la constipation était opiniâtre, et la malade était tourmentée de l'envie incessante d'uriner.

Les commémoratifs donnaient à penser que l'ovaire droit était le siége de la tumeur, et la nature des douleurs que la malade avait éprouvées faisait craindre avec trop de raison l'existence d'adhérences nombreuses. Mais, ce qui surtout était grave, c'est que les symptômes locaux et généraux établissaient clairement la présomption d'une péritonite suppurée : certaines parties violemment enflammées de cette énorme tumeur avaient dû s'ouvrir dans la cavité péritonéale.

La mort était imminente.

L'opération fut résolue sur l'heure; le moindre délai pouvait tuer la malade.

Je fus assisté pour l'opération par MM. les docteurs Ordoñez, Hédouin, Saurel et Costalès (juillet 1865).

Le chloroforme ayant été donné avec les plus grands ménagements, je pratiquai sur la ligne médiane une incision étendue du milieu de l'intervalle qui sépare l'épigastre de l'ombilic, jusqu'au pubis. La division successive des couches effectuée suivant les règles, l'ouverture du péritoine sur la sonde cannelée donna issue à plusieurs litres de pus épais, visqueux, mélangé de sérosité, en même temps que paraissait, entre les bords de l'incision, la paroi antérieure du kyste qui n'était recouvert par aucune portion de l'épiploon.

Plus de vingt ponctions successives furent faites dans les différentes bosselures accessibles à l'aide du gros trocart que j'ai fait construire sur mes indications par M. Mathieu (fig. 6) ; toutes les cavités conte-

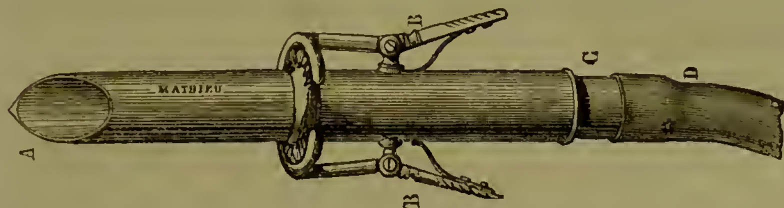


Fig. 6. — *Trocart* construit sur mes indications par M. Mathieu. — A Extrémité taillée en bec de flûte. — BB Pédales qui meuvent les mors cintrés destinés à fixer les parois du kyste. — D Tube en caoutchouc, mobile sur la partie C.

naient des liquides différents d'aspect et de nature : sérosité sanguinolente, sang altéré plus ou moins fétide, de couleur verdâtre, d'odeur alliacée. — A ce moment, il fut facile de constater que la péritonite suppurée était due à l'ouverture d'une de ces poches dans la cavité péritonéale. — Vu l'énorme volume de la tumeur, l'étendue des désordres, la complication des manœuvres, il fut impossible, malgré toutes précautions, de ponctionner un si grand nombre de loges sans qu'une certaine portion de liquide s'écoulât dans la cavité abdominale.

Lorsque la majeure partie des poches fut vidée, on put constater quelles nombreuses adhérences le kyste avait contractées : en avant, avec le péritoine pariétal ; à droite, avec le grand épiploon ; en haut et en arrière, avec les intestins.

La rupture de ces adhérences, qui nécessita l'emploi d'un grand nombre de ligatures, fut effectuée en partie avec le doigt, en partie avec le bistouri.

En raison de la structure et du nombre considérable de poches que je n'avais pu vider (certaines d'entre elles contenaient un liquide si épais, si dense, si visqueux, qu'il ne s'écoulait pas à travers la canule du trocart), le volume de la tumeur était encore énorme, et il fallut, pour rendre l'extraction possible, prolonger la partie supérieure de l'incision presque jusqu'à l'appendice xyphoïde.

La tumeur ramenée au dehors, on se fera une idée de la difficulté

qu'il y avait seulement à manier et à maintenir une masse de cette nature et d'un pareil volume, en considérant que le poids de la partie excisée, après l'évacuation de la quantité considérable de liquide à laquelle les différentes ponctions avaient donné issue, était encore de treize kilogrammes.

Le pédicule était très-court, mais il n'était pas très-volumineux; il fut étranglé dans un lien solide et serré énergiquement; puis la tumeur fut excisée. Lorsque le clamp eut été posé, je procédai, avec le plus grand soin, au nettoyage des parties; je débarrassai la cavité péritonéale, en l'épongeant minutieusement, des liquides, pus et sang mélangés de sérosité, dont elle était en partie remplie; je nettoyai les anses intestinales, qui avaient déjà commencé à se vasculariser; j'ouvris un petit kyste développé dans l'ovaire gauche, puis je procédai à l'occlusion de la plaie, après avoir acquis la certitude que pas une goutte des liquides épanchés n'était laissée dans l'abdomen.

Le pédicule, dont la surface de section fut cautérisée avec le perchlorure de fer, fut amené dans l'angle inférieur de la plaie; les ligatures portées à l'intérieur furent renfermées dans l'abdomen; les ligatures extérieures furent seules ramenées au dehors, et la plaie fut obturée, dans toute son étendue, par une suture composée de neuf anses métalliques, entre lesquelles quelques épingles furent placées, avec la suture entortillée, sur les points où il y avait écartement des lèvres de la plaie : la suture à anse comprenait une portion du péritoine pariétal en même temps que toute l'épaisseur de la paroi abdominale qu'elle traversait, de chaque côté, à une assez grande distance des bords de l'incision.

L'application sur la plaie d'une compresse imbibée d'eau, et l'établissement, à l'aide de serviettes maintenues par un bandage de corps, d'une compression latérale, constituèrent tout le pansement.

L'opération avait duré deux heures. La malade n'était pas trop fatiguée; elle avait d'ailleurs assez bien supporté le chloroforme et avait eu peu de vomissements.

Le premier jour, elle eut beaucoup moins de vomissements verdâ-

tres; dès le soir, le pouls était meilleur; il battait encore 150, mais il était plus plein, et il était possible de le compter; d'ailleurs, jusqu'au neuvième jour, il ne descendit jamais au-dessous de 120, et il ne décrut régulièrement qu'à partir de ce moment. L'état dans lequel la malade se trouvait avant l'opération devait faire pressentir que le retour au mieux s'effectuerait avec une grande lenteur. — Dès le soir du premier jour, en même temps qu'il y avait à constater dans l'état du pouls une sensible amélioration, la face était meilleure, moins grippée; les douleurs du ventre avaient disparu; il y avait moins d'agitation, et la dyspnée avait diminué. — La vessie fut vidée avec la sonde, et le lendemain seulement il fallut encore employer le même moyen.

Le deuxième jour, la nuit avait été assez calme; le ventre était moins sensible; il n'y avait plus de vomissements; l'état général était aussi satisfaisant que possible; la malade put prendre des bouillons, en même temps qu'elle continuait les boissons stimulantes qui avaient été prescrites (thé au rhum). Comme il y avait un peu de météorisme, le ventre fut collodionné dans toute son étendue, et, pour vaincre la constipation, on eut recours à l'emploi d'un lavement purgatif.

Le troisième jour, l'abdomen s'était gonflé considérablement : les épingles et la suture entortillée furent enlevées; puis, pour éviter les déchirures qu'eût entraînées le ballonnement du ventre, je transformai la suture métallique à anses, en suture enchevillée, par le procédé que j'ai décrit dans l'observation précédente.

La tympanite, qui s'était ainsi rapidement développée, avait amené une gêne assez considérable de la circulation et de la respiration; la malade était agitée; elle avait les pommettes colorées; elle se plaignait de coliques, de borborygmes; elle n'avait pas eu de vomissements, mais elle avait éprouvé des nausées que l'eau glacée calma promptement, et elle avait des éructations fréquentes. Je fis relever la tête de la malade; des applications de glace furent faites sur le ventre, et on continua, contre la constipation, l'emploi des lavements purgatifs. — Malgré cette tympanite, qui fatigua un peu la malade jusqu'au sixième jour,

elle continua à prendre des bouillons et des potages. Le sommeil était assez bon.

L'aspect de la plaie, qui était pansée avec de l'eau alcoolisée, était satisfaisant; la suppuration était peu considérable, de bon aspect, sans odeur.

Le quatrième jour, un peu de sérosité légèrement opaque et semblant provenir de la cavité péritonéale, suinta autour du pédicule : ce fait n'eut d'ailleurs aucune importance.

Le cinquième jour, quelques-uns des points de suture semblèrent s'enflammer sous l'effort de la distension des parties; ils furent le point de départ de quelques abcès sans gravité qui durent être ouverts plus tard.

Le sixième jour, la tympanite était considérablement diminuée; l'état général était bien meilleur, l'emploi de la glace à l'extérieur fut supprimé; la malade prit et digéra très-bien quelques aliments solides. Ce jour-là reparurent les règles, qui coulèrent normalement pendant le temps habituel, et, dès ce moment, la menstruation se trouva parfaitement rétablie.

La suture métallique fut remplacée, le septième jour, par une suture sèche, à l'aide de rubans collodionnés.

Le neuvième jour, le clamp tomba, et la suppuration, qui avait été aussi peu abondante que possible et toujours de bonne nature, diminua encore. A partir de ce moment, il se manifesta une amélioration considérable, et la malade marcha rapidement vers la convalescence. Le pouls tomba à 100, l'appétit devint meilleur.

Le dixième jour, la constipation disparut et l'on put suspendre l'emploi des évacuants.

Le douzième jour, le pouls battait à 80; l'appétit était bon, le sommeil satisfaisant; l'état général ne laissait rien à désirer. La plaie était réunie dans les trois quarts de son étendue; la sérosité qui s'écoulait depuis le quatrième jour, au niveau du pédicule, par un orifice maintenu ouvert à l'aide d'une sonde en caoutchouc, était tarie complétement.

Rien ne compliqua plus la marche de la maladie vers un rétablisse-

ment complet, et nous insistâmes encore sur le régime alimentaire, conçu, pendant toute la durée du traitement, en vue surtout de l'importance qu'il y avait à soutenir les forces.

A partir du quinzième jour, l'opérée se leva et put faire quelques pas dans sa chambre.

Le dix-septième jour, sauf quelques points qui suppuraient encore à l'angle inférieur, la plaie était complétement fermée, et la cicatrice linéaire était réduite à moins de la moitié de la longueur de l'ouverture.

Le dix-huitième jour, aucune considération n'eut de prise sur la malade qui l'empêchât de sortir; elle se promena pendant trois heures en voiture.

Quelques jours après, la guérison était complète; la cicatrice, linéaire dans toute son étendue, présentait seulement une dépression à son extrémité inférieure.

Lorsque cette opérée fut présentée à l'Académie de médecine (16 janvier 1866), plusieurs des membres illustres qui composent cette Société voulurent bien s'assurer que l'état local et l'état général ne laissaient rien à désirer. Aujourd'hui Mme Damange a repris de l'embonpoint, et jouit d'une parfaite santé.

La tumeur, examinée après l'opération, était formée par une masse énorme d'un poids de 13 kilog., composée de plusieurs grandes loges et d'une infinité de poches de capacités différentes; la plus considérable des grandes loges avait le volume d'une tête d'enfant. Toute sa masse était criblée de myriades de petits kystes ayant la grosseur d'une tête d'épingle.

Les parois de cette tumeur étaient d'épaisseur variable. Formées par un tissu résistant, criant sous le scalpel, elles étaient très-vasculaires, sillonnées par un réseau de vaisseaux artériels et veineux dont les plus gros troncs se ramifiaient à la surface de la tumeur. Quelques-uns de ces vaisseaux s'étaient rompus et avaient rempli certaines loges du kyste, de sang altéré et mélangé à d'autres liquides.

L'ovaire était perdu dans la masse du kyste; la trompe, considérablement hypertrophiée, entourait la tumeur.

L'examen microscopique de la tumeur, fait immédiatement par Ordoñez, en ma présence, démontra que la paroi externe du kyste était composée d'une couche fibreuse d'enveloppe, tout à fait analogue à celle de l'observation précédente. A la partie interne, existait une deuxième couche fibreuse de laquelle partaient une quantité considérable de bandelettes fibreuses dont l'adossement et la réunion constituaient les cloisons des nombreuses loges situées à l'intérieur de la masse principale. Le nombre de ces cavités kystiques était incalculable. Leur volume variait depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une tête d'enfant. Le liquide enfermé dans ces kystes était tantôt clair et limpide comme de l'eau de roche; et tantôt épais, gluant, incolore; tantôt filant et jaunâtre; ou bien couleur chocolat; parfois enfin purulent. Les kystes à liquide clair contenaient une faible proportion d'albumine, reconnaissable seulement au moyen de l'acide nitrique; ceux à liquide filant contenaient une plus grande proportion d'albumine; dans ceux à liquide chocolat on trouvait en outre une quantité considérable de globules sanguins à différents états de décomposition; enfin les leucocythes abondaient dans ceux qui avaient un aspect purulent.

Parmi les kystes les plus petits, on en distinguait deux variétés principales: ceux de la première étaient constitués par une paroi propre, mince, formée de tissu fibrillaire et parcourue par un réseau sanguin plus ou moins riche; leur contenu était très-fluide, transparent et complétement incolore; ceux de la seconde étaient également constitués par une paroi propre formée de tissu fibrillaire, et entourés d'un réseau sanguin très-riche, mais le contenu était différent des précédents; pour bien les étudier, il fallait prendre la loupe : alors on voyait un contenu granuleux qu'on vidait en le piquant avec des aiguilles à dissection. Examiné au microscope, ce contenu était formé de petites masses qui mesuraient de un à quatre dixièmes de millimètres, et dont la forme était sphérique ou ovalaire. Ces petites masses étaient les unes transparentes, d'autres finement granuleuses. L'application de l'alcool ou des acides rendait leurs granulations plus apparentes. Elles se dissolvaient complétement dans l'eau distillée et dans l'ammoniaque.

Dans quelques-uns des kystes, on trouvait des noyaux d'aspect mélanique qui étaient formés par une accumulation d'éléments fibro-plastiques mélangés à de la fibrine et à des globules de sang décomposé qui donnaient la coloration noire.

Certaines portions de la tumeur présentaient un aspect lardacé analogue au stroma de l'ovaire. Elles étaient constituées par une trame fibreuse; on y trouvait également quelques leucocythes et un peu d'albumine reconnaissable aux réactifs.

Dans le grand kyste, la couche épithéliale ne formait pas une couche continue, et sa présence n'était sensible que dans un certain point où l'on voyait des groupes de huit à douze cellules dont l'apparence même ne présentait pas d'uniformité, puisqu'à côté de cellules pavimenteuses on en trouvait d'autres prismatiques avec ou sans cils vibratiles.

Remarques.

Il est inutile d'insister sur ce point, que la malade n'était pas dans les conditions les mieux faites pour assurer le succès de l'opération, puisque sa situation était telle, que les auteurs qui ont écrit sur la matière déclarent que l'opération n'est pas faisable lorsqu'il existe d'aussi graves complications.

Quant aux données hygiéniques du milieu dans lequel fut appliqué le traitement, elles étaient déplorables. — La chambre occupée par la malade était à peine assez grande pour que les confrères qui m'assistèrent pendant l'opération et moi, nous eussions la liberté de nos mouvements. — Placée au deuxième étage d'un hôtel meublé de second ordre, elle était contiguë à un escalier qui servait de dégagement à des odeurs de toutes sortes. Cet hôtel n'était habité que par la classe indigente.

—

IIIe OBSERVATION.

—

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE DROIT AYANT DÉTERMINÉ PAR SON EXCÈS DE VOLUME DES ACCÈS D'ANGINE DE POITRINE. — PONCTIONS ANTÉRIEURES. — ADHÉRENCES PARIÉTALES ET VISCÉRALES GRAVES. — MORT.

La malade, âgée de 40 ans, n'avait eu qu'un enfant, et sa tumeur, qui remontait à plusieurs années, n'avait jamais été traitée que par les vésicatoires et la ponction. L'opération fut faite vers le milieu de 1865, dans les circonstances suivantes :

L'émaciation était extrême, l'œdème considérable et l'anémie parvenue au dernier degré.

Au moment où je fus appelé près de cette malade, que je trouvai froide et presque inanimée, le médecin qui la traitait m'apprit que, depuis plusieurs mois, elle était sujette à de violents accès de suffocation présentant tous les caractères d'attaques d'angine de poitrine. Le ventre, distendu outre mesure, avait la dureté du marbre; la percussion prouvait jusqu'à l'évidence que le foie, les organes thoraciques et le diaphragme étaient violemment refoulés par le liquide contenu dans la cavité abdominale. — La malade était sans connaissance, presque asphyxiée. En présence de la gravité de ces symptômes, je cédai aux instances du médecin et de la famille.

A la moitié de la distance étendue de l'ombilic à l'épine iliaque droite, je ponctionnai la tumeur à l'aide d'un trocart de fort calibre : 18 à 20 litres d'un liquide jaunâtre, épais, excessivement visqueux, mélangé de grumeaux purulents, s'écoulèrent.

La tumeur se trouva alors réduite de moitié; le soulagement se manifesta promptement, la respiration reprit peu à peu son amplitude; la malade revint à elle; le pouls, qui était filiforme et effacé, recouvra de la force; la chaleur reparut aux extrémités, et, douze heures après, la plus notable amélioration s'était produite.

Les jours suivants, la malade eut de nouveau quelques crises de suffocation, moins fortes qu'avant la ponction. Mais de violentes douleurs abdominales se manifestèrent, accompagnées de vomissements.

Les symptômes locaux indiquaient que la poche ponctionnée suppurait et l'état général donnait à craindre qu'il ne s'ensuivît des accidents qui seraient promptement mortels.

Devant l'imminence du danger et quoiqu'il ne me semblât pas possibe de conserver la moindre illusion, bien que toutes les conditions me parussent aussi défavorables que possible, je cédai aux prières réitérées du médecin et des parents, et je consentis à pratiquer l'extraction de la tumeur, seul moyen qui pût encore sauver la malade.

L'opération fut faite suivant les règles : l'incision fut étendue de l'ombilic au pubis; l'ouverture du péritoine donna issue à dix litres environ de liquide. J'acquis alors la certitude que la tumeur avait, par tous les points de sa surface, contracté des adhérences avec les organes voisins.

La poche principale ponctionnée, je cherchai à attirer la tumeur au dehors, en détachant successivement les adhérences; mais l'impossibilité absolue d'atteindre celles qui immobilisaient la partie supérieure du kyste m'obligea, à prolonger l'incision, que je conduisis presque jusqu'à l'appendice xyphoïde.

Je pus alors constater que le grand épiploon, le foie, l'estomac, le côlon transverse étaient, ainsi que la vessie, fixés à la tumeur par des adhérences très-vasculaires, très-solides, qui devaient être très-anciennes et qui ne purent pour la plupart être divisées qu'avec l'aide du bistouri.

La dissection de toutes ces adhérences fut tellement minutieuse, qu'elle dura deux heures; un grand nombre de ligatures durent être posées. Pendant ce temps les vomissements déterminés par le chloroforme, compliquèrent singulièrement les manœuvres, et il fut très-difficile de maintenir les intestins.

La tumeur, ayant été détachée néanmoins de toutes ses adhérences, fut attirée en dehors; la quantité de sang que la malade avait perdu

était si peu considérable, que, même dans l'état d'anémie où elle était, elle ne pouvait pas s'en trouver affaiblie.

Le pédicule, long et mince, fut étranglé dans le clamp, puis placé dans l'angle inférieur de la plaie, qui fut réunie complétement par la suture métallique à anse et quelques points de suture entortillée.

Pendant la journée qui suivit, la malade, qui avait assez mal supporté le chloroforme, n'eut pourtant pas de vomissements; elle était très-bien; le pouls ne donnait que 70 pulsations.

La nuit fut bonne, le sommeil calme.

Le lendemain, du côté de la base de la poitrine et à la région précordiale, se firent sentir quelques douleurs vagues, du genre de celles qui précédaient les crises terribles que la malade avait éprouvées antérieurement. Le ventre et la plaie étaient dans un état aussi satisfaisant que possible.

Mais les craintes qu'on avait pu concevoir se réalisèrent promptement; les accidents thoraciques atteignirent bientôt une telle intensité qu'ils firent redouter que la malade ne mourût; et, en effet, malgré les soins éclairés et assidus du médecin qui la soignait d'ordinaire, elle fut enlevée en quelques heures, dans un accès de suffocation.

L'examen nécroscopique démontra que la mort ne pouvait être imputée à aucune complication provenue du traumatisme des organes abdominaux; car le péritoine et les viscères étaient dans un état qui ne témoignait d'aucune modification inflammatoire.

Par contre, le foie, les poumons et le cœur avaient été tellement refoulés et comprimés; ils étaient portés si haut dans la cage thoracique, qu'il y a tout lieu de penser que cette angine de poitrine était la conséquence des déplorables conditions subies par ces viscères.

Remarques.

Ce fait démontre que les malades qui, par suite d'une appréhension bien naturelle, se soumettent à une temporisation fautive, s'exposent à voir leur santé compromise par des accidents redoutables qui peuvent devenir pour l'opération ellemême une condition défavorable.

IVe OBSERVATION.

—

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE GAUCHE. — ADHÉRENCES PARIÉTALES ET VISCÉRALES NOMBREUSES ET RÉSISTANTES. — LARGE IMPLANTATION DE LA TUMEUR SUR LE FOND DE L'UTÉRUS. — GUÉRISON RAPIDE.

Mme Bonnard, demeurant rue du Théâtre, n° 22 (xve arr.), 38 ans; brune, grande, bien constituée, chargée d'embonpoint; ayant eu deux enfants, le dernier il y a cinq ou six ans;... reconnut il y a dix-huit mois que son ventre prenait un grand développement. Elle crut d'abord à une grossesse, bien que la menstruation ne fût pas suspendue et présentât seulement quelques irrégularités. A cette époque l'abdomen n'était pas douloureux, mais la malade éprouvait quelques troubles digestifs, des nausées, parfois des vomissements, qui pouvaient d'ailleurs justifier l'erreur commise par elle sur la réalité de son état.

Mais, depuis plusieurs mois, des douleurs s'étaient manifestées, et les troubles dont elles se compliquaient allèrent bientôt en s'accroissant; les vomissements devinrent plus fréquents; le trouble des fonctions digestives augmenta, et l'aggravation de ces symptômes coïncida avec l'apparition d'accidents fébriles intermittents.

Lorsque je vis cette malade, la persistance et l'intensité des douleurs qui s'irradiaient sur le trajet des deux nerfs sciatiques, la fréquence des vomissements, l'anorexie, l'inappétence l'avaient plongée dans un état d'anémie très-prononcé. Néanmoins, lorsque je l'opérai, son état général était beaucoup moins défavorable que celui des malades précédentes; son énorme embonpointseul constituait une sérieuse complication.

Les symptômes locaux étaient les suivants :

Le ventre avait un volume considérable, et mesurait 1m,40; la surface en était régulière; l'épaisseur de ses parois chargées de graisse, rendait la palpation obscure; on percevait cependant de la fluctuation et

du frémissement ondulatoire, circonscrits par places, et dénotant l'existence de plusieurs loges dans le kyste. La matité s'étendait à toute la surface abdominale, sauf à la région épigastrique et à la région lombaire gauche seulement, où la sonorité était évidente.

Au toucher vaginal, je trouvai très-peu d'abaissement, mais une immobilité complète de l'utérus ; le col était dévié à droite. La constipation était opiniâtre depuis longtemps, et la fréquence des envies d'uriner prouvait que la tumeur comprimait aussi la vessie.

La répétition et la persistance des douleurs, localisées surtout dans le bassin et du côté du flanc gauche, faisaient craindre l'existence d'adhérences, et les autres commémoratifs établissaient la présomption que l'ovaire malade était le gauche.

Assisté de MM. les docteurs Ordoñez, O. Gaudin, G. Desarènes, Emile et Jules Dupont, je pratiquai l'opération.

Le chloroforme fut bien supporté.

Une incision, étendue de l'ombilic au pubis, divisa sur la ligne blanche la paroi abdominale, qui avait plus de 4 centimètres d'épaisseur à l'ombilic, et qui en avait au moins 6 vers le pubis. Les vaisseaux intéressés furent liés à mesure.

L'ouverture du péritoine sur la sonde cannelée donna issue à deux litres de sérosité ; la tumeur, recouverte en avant de quelques adhérences épiploïques, apparut entre les lèvres de la plaie. La plus grande loge fut ponctionnée de façon qu'aucune partie de liquide ne tombât dans la cavité péritonéale ; et il s'écoula environ 5 litres d'un liquide épais, visqueux, filant, gris-jaunâtre, louche d'aspect. Ensuite je ponctionnai successivement une quinzaine de loges qui donnèrent une grande quantité de liquide de couleur variable ; quelques-unes contenaient du pus, d'autres du sang altéré ; plusieurs étaient remplies de sang presque pur ou de sang mélangé à des gaz.

La quantité de liquide que renfermait la tumeur était de 14 ou 15 litres ; on en évacua tout ce qu'il fut possible, à l'aide du trocart (fig. 7) et du bistouri.

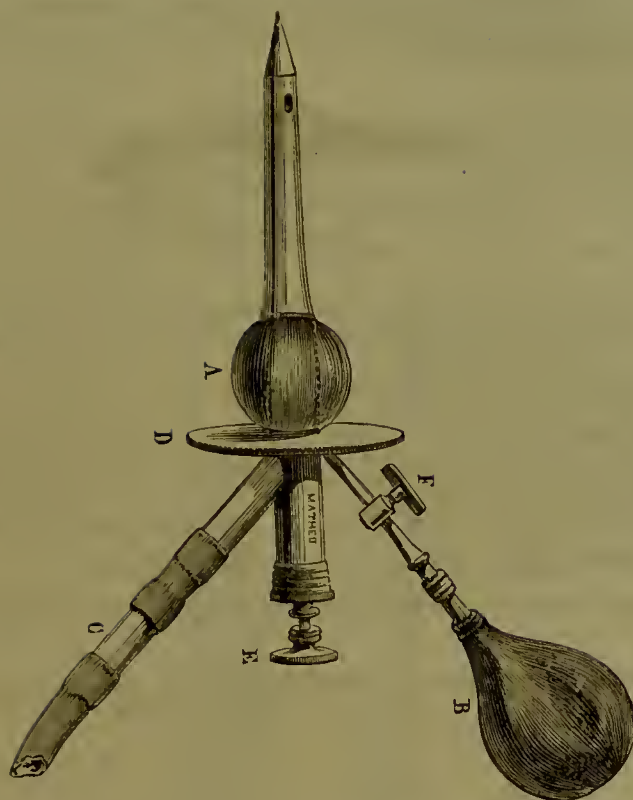


Fig. 7. — *Canule à poinçon mobile* de M. Mathieu.

A Ampoule en caoutchouc qu'on insuffle à l'aide de la poire à air B.
E Piston qui fait rentrer le poinçon dans la canule.
C Tube d'écoulement.

Pendant ce temps, le kyste était progressivement amené au dehors, au moyen de larges pinces à mors plats et à érignes, afin d'éviter qu'il ne s'écoulât du liquide dans la cavité péritonéale. En raison du volume de la tumeur, du peu d'étendue de l'incision et de l'épaisseur des lèvres de la plaie, la manœuvre faite pour vider successivement les poches et attirer peu à peu le kyste au dehors, fut très-pénible. Ce qui la compliqua encore, ce furent les nombreuses adhérences qui unissaient la tumeur aux intestins et au péritoine pelvien, et qu'il fut très-difficile de détacher: quelques-unes d'entre elles étaient tellement vasculaires

qu'elles durent être comprimées avec les pinces à pression (fig. 8) ou liées avant d'être divisées.



Fig. 8. — *Pince presse-artère.*—Un fil solide, qu'on maintient au dehors, sert à retrouver la pince dans les profondeurs de la cavité péritonéale.

Lorsque la tumeur eut été enfin amenée au dehors, je reconnus qu'elle faisait réellement corps avec l'utérus, sur l'angle duquel elle était implantée directement. La base d'implantation ne constituait réellement pas un pédicule : elle était si large et si épaisse, qu'il fut impossible de l'étreindre dans le clamp qui me servait d'ordinaire.

Je passai alors, à l'aide d'instruments de mon invention (fig. 9 et 10),



Fig. 9. — *Aiguille à vis* construite sur mes indications par M. Mathieu.
A Partie en forme de lance.
B Trou taraudé pour recevoir les cordes en fil de fer C.
Cette aiguille sert à passer facilement les cordes métalliques à travers le pédicule des grosses tumeurs.



Fig. 10. — *Aiguille à manche*, construite sur mes indications par M. Mathieu. Elle est munie d'un chas spécial et sert à faire passer les cordes de chanvre.

un double lien en corde de chanvre à travers la partie du kyste par laquelle il s'implantait sur l'utérus, et j'étreignis solidement cette base

à l'aide de deux anses qui, accolées et nouées séparément, interrompirent la circulation dans la tumeur. J'excisai cette dernière à un centimètre plus haut.

Ces deux anses me servirent à attirer au contact de la paroi abdominale la matrice, qui était considérablement hypertrophiée, et à placer dans l'angle inférieur de la plaie la surface de section du moignon, sur lequel j'appliquai, au-dessus de la ligature, un double clamp (fig. 11)

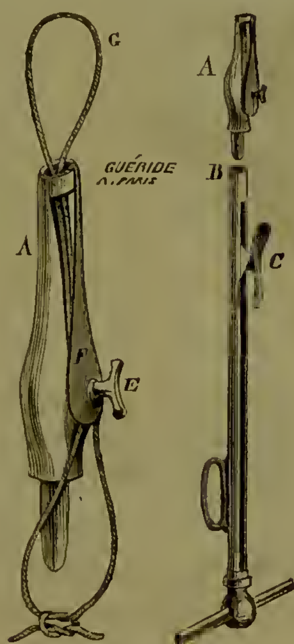


Fig. 11. — *Clamp à corde métallique* de M. Guéride.
Après constriction suffisante, on fixe la corde à l'aide de la clef E, puis on retire le treuil BC. Il ne reste au niveau de la plaie que la partie A, légère et peu volumineuse.

qui permit d'étreindre le tissu utérin lui-même, un peu en arrière des points d'implantation de la tumeur.

Après avoir procédé à un nettoyage minutieux, je passai à l'occlusion de la plaie. Mais cette manœuvre ultime présentait quelques difficultés : l'énorme épaisseur des lèvres de l'incision créait l'impossibilité d'amener chaque clamp retenu par l'utérus jusqu'à l'affleurement de la surface cutanée. J'établis, à l'aide de deux lames de plomb appli-

quées sur les bords de la plaie et recourbées, une espèce de cul-de-sac au fond duquel furent laissés les clamps (fig. 12 et 13), solidement

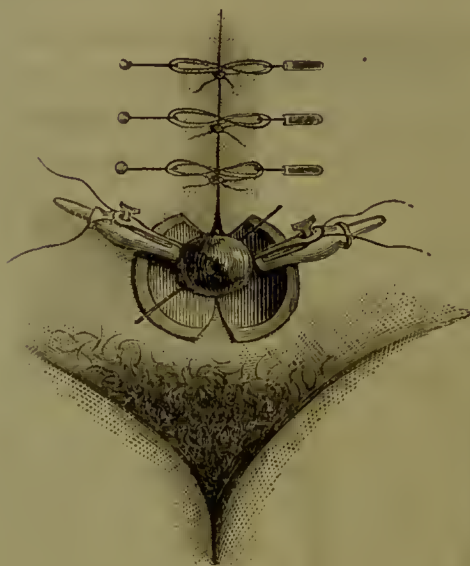


Fig. 12. — *Clamps* de M. Guéride. — *Longues épingles* pour la suture superficielle : leur pointe se cache dans un petit tube de verre construit sur mes indications par M. Robert.



Fig. 13. *Pinces* de M. Guéride pour tirer sur les cordes métalliques et les couper au besoin.

appuyés sur ces lames. En outre, pour assurer encore la solidité du moignon, il fut traversé par deux tiges métalliques prenant, de chaque côté, un point d'appui sur les lames de plomb, et, pour éviter la stagnation, au fond de ce cul-de-sac, des liquides à provenir de la suppuration des parties qui devaient se mortifier, aussi bien que de la cavité péritonéale, deux portions de sonde en caoutchouc vulcanisé furent placées et laissées à demeure, l'une au-dessous, l'autre au-dessus de la partie étranglée dans les clamps. La surface de section avait été d'ailleurs cautérisée avec le perchlorure de fer.

Puis la plaie fut fermée, suivant les règles, par quatre points de suture métallique à anses, trois au-dessus, et un au-dessous des clamps; quelques épingles, placées dans l'intervalle, rapprochèrent les parties de l'incision restées encore béantes.

Les pansements ne présentèrent rien de particulier; à la suite de l'opération, qui avait duré 1 heure 1/2, une compression latérale fut établie sur l'abdomen. On insista sur les lavages à l'eau alcoolisée, pour empêcher la stagnation des liquides sur les plaques de plomb; celles-ci furent laissées à demeure jusqu'à la chute des clamps, qui n'eut lieu que le quinzième jour.

Quoiqu'elle eût assez bien supporté le chloroforme, la malade eut quelques vomissements pendant les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération; sauf un peu de soif, d'agitation, d'insomnie, et quelques douleurs, la première journée fut bonne; le pouls battit 90, chiffre qu'il ne dépassa jamais les jours suivants.

Le lendemain de l'opération, il y eut un peu de tympanite accompagnée de douleurs abdominales qui nécessitèrent quelques applications de glace; en même temps, je badigeonnai la surface du ventre avec le collodion, et j'enlevai les épingles de la suture entortillée.

Les deux premiers jours, il fallut sonder la malade; dès le troisième jour, la constipation avait cessé, sans qu'il eût été nécessaire d'employer les évacuants.

Sauf cette tympanite, qui disparut promptement, et une bronchite bénigne, qui commença le deuxième jour et qui céda à l'aide de boissons pectorales, aucune complication ne survint et l'on put insister sur l'alimentation; dès le cinquième jour, la malade était au régime des convalescents.

Le quatrième jour, les règles reparurent.

Pendant les six premiers jours, la portion étranglée dans le clamp fut cautérisée régulièrement, en vue de la dessécher, à l'aide du perchlorure de fer.

Pour éviter la stagnation des liquides dans les parties déclives et sous les plaques de plomb, des pansements fréquents furent faits avec de la charpie sèche, ainsi que des lavages à l'eau alcoolisée.

Le cinquième jour, la réunion de la partie supérieure de la plaie paraissant parfaite, la suture métallique, qui avait été précédemment transformée, fut enlevée et remplacée par une suture sèche.

Les tubes, surtout l'inférieur, donnèrent issue, pendant quelques jours, à une assez grande quantité de sérosité purulente; le huitième jour, tout écoulement étant tari, ils furent enlevés.

La suppuration, qui avait été presque nulle dès le début dans toutes les autres parties de la plaie, mais qui fut assez abondante autour du pédicule jusqu'à la chute du clamp (qui arriva le quinzième jour), diminua considérablement à partir de ce moment.

Le clamp tombé, les plaques furent enlevées; la profondeur de la plaie était de beaucoup diminuée, et huit ou dix jours après, la cicatrisation était complète.

La malade, qui avait repris de l'appétit et qui, depuis le cinquième jour, mangeait très-bien, se leva le quinzième jour; elle était en pleine convalescence, et, le vingt-cinquième jour, la portion de la plaie d'où s'était détachée la partie embrassée par le clamp était parfaitement guérie.

Aujourd'hui Mme Bonnard jouit d'une santé irréprochable.

Examen de la tumeur. — Après l'ablation elle pesait 5 kilog. ; lorsqu'elle contenait les liquides extraits, elle devait peser au moins 17 kilog.

Elle était constituée par un kyste multiloculaire à parois très-vasculaires, composé d'un très-grand nombre de poches, quelques-unes considérables. A la surface extérieure du kyste principal étaient accolés une foule innombrable de petits kystes transparents, à contenu tantôt liquide, tantôt granuleux.

La trompe, hypertrophiée et obstruée, embrassait la tumeur dans les deux tiers de sa circonférence.

Quant aux liquides enfermés dans les kystes les plus volumineux, ils étaient aussi variés que ceux de ma deuxième observation.

Dans les cloisons qui les séparaient on trouvait des nodosités épaisses offrant quelquefois l'aspect du tubercule. Ces nodosités étaient composées de tissu fibreux dont une partie avait subi la régression graisseuse.

A la partie interne des kystes les plus volumineux, on rencontrait des

masses de carbonate ou phosphate de chaux et de magnésie très-considérables et disposées en plaques ou en petits groupes très-sensibles au toucher.

L'ovaire ne faisait pas partie de la tumeur; il était un peu aplati, mais son tissu était normal et parfaitement reconnaissable. Il n'était pas douteux que la tumeur s'était développée en dehors de l'ovaire dans l'épaisseur des ligaments larges. Cette variété de kystes situés en dehors de l'ovaire est loin d'être rare, car j'en ai observé plusieurs exemples et elle a été également constatée sur un grand nombre de tumeurs dites ovariques qui ont été soumises à l'inspection de Ordoñez. — Ces kystes extra-ovariques se développent tantôt sur les trompes, tantôt sur divers points des ligaments larges.

Remarques.

Si l'état général de cette malade n'était pas compromis par des complications aussi graves que l'était celui des malades qui font le sujet des observations précédentes, l'énorme embonpoint dont elle était atteinte pouvait, nul ne le méconnaîtra, devenir une aggravation de la situation bien digne d'être considérée sérïeusement, surtout au point de vue des difficultés qu'elle devait susciter dans l'opération qu'il s'agissait d'entreprendre.

Et, si les désavantages hygiéniques d'un rez-de-chaussée bas et humide étaient un peu atténués par le voisinage d'un jardinet, on appréciera, du moins, que l'ensemble des conditions qu'il eût fallu pour entourer l'opérée de bien-être et assurer la réussite d'une aussi grave opération, était impossible à réaliser dans une famille qui ne vivait que d'un travail peu lucratif et qui avait eu à subir les conséquences fâcheuses d'une maladie déjà fort longue.

Ve OBSERVATION.

—

TUMEUR FIBRO-CYSTIQUE TRÈS-VOLUMINEUSE DE L'OVAIRE GAUCHE, COMPLIQUÉE D'UNE DOUBLE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, D'ASCITE ET D'EXOMPHALE. — ADHÉRENCES TRÈS-GRAVES ET TRÈS-ÉTENDUES. — ABLATION PAR LE MORCELLEMENT SUIVI DE LA CAUTÉRISATION. — GUÉRISON.

Mme Lafioure, âgée de 46 ans, née en Hollande de parents bien portants, directrice d'une ménagerie ambulante, mère de deux enfants âgés de 15 et 18 ans, n'avait jamais eu de fausse couche. Depuis six ans environ, cette femme, de constitution robuste, avait éprouvé, dans les deux côtés de l'hypogastre, dans les régions lombaires et iléo-fémorales, des douleurs qui, à plusieurs reprises, avaient cessé complétement pour reparaître sous forme de crises dont quelques-unes avaient été excessivement violentes. A peu près vers la même époque, la malade avait eu tous les symptômes d'une grossesse commençante; puis ces symptômes avaient disparu spontanément au bout de quelques mois, sans éveiller davantage son attention.

Pendant l'année 1865, la malade éprouva tout à coup des accidents qu'il était facile de rattacher à une péritonite pelvienne circonscrite. Ces mêmes accidents se manifestèrent plusieurs fois, à plusieurs mois d'intervalle, et furent suivis d'une augmentation croissante du volume de l'abdomen qui préoccupa la malade et les médecins consultés à cette époque. Cet accroissement devint tellement considérable que la malade qui, jusqu'alors, avait exercé sa profession dans plusieurs villes de France et de l'étranger, vint à Paris, au mois de novembre 1866, pour réclamer les conseils de plusieurs chirurgiens justement estimés.

Quatre d'entre eux furent d'avis que la malade était affectée d'une ascite dépendant d'une cirrhose très-avancée, et ne laissèrent à cette pauvre femme aucun espoir de salut. Un cinquième, il est vrai, proposa de faire une ponction dans le but d'explorer la cavité abdomi-

nale; mais il émit en même temps l'opinion que cette ponction serait d'un faible secours ; si bien que la malade, abandonnée à elle-même, affaiblie, émaciée, en proie à un profond découragement, s'était résignée à attendre patiemment la terminaison funeste dont elle était menacée et qui ne pouvait se faire longtemps attendre. En effet, dans les premiers jours de décembre 1866, au moment où les souffrances et l'anxiété de la malade étaient tellement vives que tout conseil nouveau paraissait inutile, il ne fallut rien moins que l'avis pressant de plusieurs personnes demeurant dans le voisinage, pour la déterminer à faire appeler le docteur Baldy.

A son arrivée, notre distingué confrère reconnut qu'il était urgent de venir sans délai au secours de la malade et exigea que je fusse immédiatement appelé en consultation.

Quand je vis cette malade, la pâleur et la faiblesse étaient extrêmes; le pouls petit, faible, extrêmement fréquent; la respiration anxieuse. Les traits, profondément altérés, annonçaient une grande prostration. Mais c'était surtout du côté de l'abdomen que se présentaient les caractères les plus alarmants.

A l'ombilic, une saillie large, volumineuse, assez régulière, était recouverte par la peau distendue au point de menacer de se rompre et même de laisser apprécier facilement, soit à la vue, soit au toucher, la présence d'une quantité considérable d'anses intestinales flottantes au milieu d'un liquide répandu dans la cavité abdominale.

De toutes parts, les autres régions de l'abdomen étaient elles-mêmes distendues par une grande quantité de liquide, et outre les renseignements que donnait la perception facile du flot, la percussion démontrait que les intestins surnageaient à peu près exclusivement dans les régions voisines de l'ombilic et du sternum, et se déplaçaient facilement lorsqu'on engageait la malade à changer le décubitus.

En un mot, il était facile de reconnaître qu'on avait affaire à un énorme exomphale qui, sous l'influence de l'ascite et de l'hypersécrétion incessante du liquide péritonéal, s'était si considérablement accru que la circonférence de l'abdomen mesurait 1 mètre 38 centimètres.

On voyait aussi que les membres inférieurs et les couches sous-cutanées de l'hypogastre étaient en totalité le siége d'une hydropisie très-prononcée.

Au milieu de cette collection liquide qui, jusqu'alors, par son abondance, avait seule appelé l'attention des hommes de l'art qui l'avaient observée, le docteur Baldy m'annonça qu'il avait cru constater, au niveau du flanc gauche, une masse dure qui, en raison de sa mobilité et de la profondeur à laquelle elle était située, paraissait se soustraire au toucher.

Un examen approfondi ne tarda pas à me convaincre que ce diagnostic était exact, et qu'il existait en réalité, chez cette malade, une production morbide dont la forme, la consistance et la situation rappelaient celles des tumeurs aréolaires développées aux dépens de l'un des ovaires. Mais cette opinion fut bien autrement confirmée lorsque le toucher vaginal démontra manifestement que l'utérus, d'ailleurs mobile, était dévié du côté gauche, abaissé, et accolé à deux tumeurs nettement circonscrites, qui faisaient une saillie bien limitée au fond du vagin.

Malgré les difficultés du diagnostic et la réserve qu'elles commandaient, il me sembla cependant être assez précis pour me permettre de croire que la tumeur ovarique était la cause essentielle de l'ascite, dont la présence me paraissait menacer immédiatement les jours de la malade.

Je n'hésitai donc pas à proposer tout d'abord une ponction, dans le but de faire disparaître l'anxiété qui se manifestait du côté des organes cardiaques et pulmonaires. Mais cette proposition fut vivement repoussée par la malade elle-même et par la famille, lorsque j'annonçai que ce mode de traitement était purement palliatif et impuissant à mettre la malade à l'abri d'une reproduction assez rapide du liquide ascitique.

Tout me plaçait dans l'alternative effrayante ou bien d'abandonner la malade sans secours, ou bien de recourir à une opération qui permît d'espérer une guérison radicale. Ce fut alors seulement que je dus exposer à la famille que l'unique chance de guérison radicale que la chi-

rurgie pût offrir était la ponction suivie de l'ablation de la masse en partie molle, en partie dure, qui flottait au milieu des couches profondes du liquide ascitique.

Je fus, à ce moment, péniblement surpris de l'insistance avec laquelle, sans tenir compte des dangers que nous ne cherchâmes pas à dissimuler, la malade, entourée de son mari et de ses enfants, réclama une opération grave et dont jusqu'alors personne ne lui avait laissé entrevoir la possibilité. Néanmoins, le cas nous parut engager tellement la responsabilité du chirurgien, que j'obtins, non sans peine, d'ajourner au lendemain ma décision. Or, il arriva que, dans la soirée et pendant la nuit qui suivirent, les symptômes devinrent si alarmants que le médecin ordinaire, appelé de nouveau auprès de la malade, finit aussi par joindre ses instances à celles de la famille, et vint me prier de pratiquer dès le lendemain une opération qui, seule, lui paraissait offrir quelque chance de guérison.

Je priai donc MM. les docteurs Baldy, Cossé, Gaudin, C. Désarènes, Saurel, de vouloir bien m'assister pendant l'opération. Mon ami le docteur Ordoñez, de si regrettable mémoire, fut chargé d'administrer le chloroforme.

Au nombre des raisons qui m'avaient engagé plus fortement à repousser tout d'abord l'opération, la présence de la hernie volumineuse située à l'ombilic était sans contredit une des plus puissantes. En effet, si, d'une part, une incision courte, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, commençant au pubis et s'arrêtant au niveau de la saillie produite par la hernie au-dessous de l'ombilic, nous paraissait suffisante pour donner au liquide ascitique un vaste écoulement, et pour permettre au besoin, après l'issue de ce liquide, de saisir la tumeur, de l'attirer vers la plaie, et de la ponctionner à l'aide d'un gros trocart; d'autre part, nous étions fondés à craindre qu'une incision aussi peu étendue fût insuffisante pour vider une tumeur dont la consistance était en grande partie solide, et dont quelques-uns des lobes seulement paraissaient offrir un contenu liquide.

Or, les faits démontrèrent que ces craintes n'étaient que trop légi-

times : l'incision, qui d'ailleurs avait été, dans l'espace que nous venons d'indiquer, pratiquée jusqu'au péritoine sans avoir nécessité la ligature de nombreux vaisseaux pariétaux, donna lieu, après l'ouverture de la cavité abdominale, à un écoulement de dix litres environ d'un liquide séreux, légèrement citrin, clair, et qui était manifestement ascitique.

L'abondance de ce liquide fit même croire un instant à quelques-uns des confrères présents qu'il ne restait plus de tumeur dans l'abdomen; mais leur illusion ne fut pas de longue durée, car bientôt apparut entre les lèvres de l'incision une masse jaunâtre, bosselée, qui fut solidement fixée à l'aide de pinces spéciales. Je ponctionnai le lobe qui se présentait à mes regards au moyen d'un trocart volumineux; mais je fus vivement contrarié lorsque, au lieu d'un liquide facile à évacuer, je vis s'engager dans le tube qui faisait suite à l'instrument une matière jaunâtre, épaisse, rappelant la consistance de la graisse fondue, mélangée à des fragments d'os et à des poils longs et enroulés sur eux-mêmes.

Convaincu que cette substance ne pouvait être extraite par une simple ponction, craignant d'ailleurs que des produits semblables ne tombassent dans la cavité péritonéale, je me décidai à inciser largement cette portion de la tumeur et à introduire les doigts dans son intérieur de façon à mieux l'explorer.

Par ce moyen, je pus attirer au dehors les débris d'un fœtus extrêmement altéré, et dont le squelette, incomplétement formé, était plongé au milieu d'une quantité considérable de graisse, de sanie purulente et de poils enchevêtrés et pelotonnés ensemble.

A mon grand regret, l'évacuation de cette poche, qui pourtant était grande, ne parut en rien avoir diminué le volume de la tumeur. Je fus donc obligé, pour aller plus loin, de diviser avec précaution, et dans toute leur hauteur, les téguments minces et flottants qui recouvraient la hernie; je divisai même au-dessus de l'ombilic la portion de l'anse musculo-fibreuse qui formait le contour supérieur de l'anneau herniaire.

Je fis alors écarter de chaque côté les bords de l'incision, et je

reconnus que toute la masse de la tumeur que je pouvais apercevoir était formée par un tissu solide dans lequel le trocart fut enfoncé sur plusieurs points sans donner issue à la plus petite quantité de liquide. Persuadé cependant que la portion latérale droite de la tumeur était formée par plusieurs loges dans lesquelles j'avais pu, la veille de l'opération. distinguer nettement la fluctuation, je cherchai, dans l'impossibilité où j'étais, malgré la grandeur de l'incision, d'attirer la tumeur au dehors, à la faire pivoter sur elle-même, et son extrême mobilité favorisa beaucoup cette manœuvre.

Je parvins de la sorte à ramener au niveau de la plaie une série de loges dans lesquelles je fis une incision suffisante pour introduire la main et pour rompre avec les doigts les cloisons intérieures qui les séparaient. J'évacuai ainsi cinq litres d'un liquide épais, visqueux, gélatineux, purulent par places, sanguinolent dans d'autres, et, à ma grande satisfaction, le volume de la production morbide fut assez diminué pour permettre de la faire sortir d'un seul coup par l'incision.

Toute cette partie de l'opération, malgré les difficultés qui s'étaient présentées, avait été exécutée en vingt minutes, et sans avoir déterminé le moindre accident digne d'être noté.

Recherchant alors quel était le mode d'implantation de la tumeur, nous vîmes qu'elle était reliée au ligament large du côté gauche, à la partie supérieure de la vessie, et à plusieurs anses d'intestins, par des brides longues, étroites, très-vasculaires, et par deux pédicules allongés, du volume du pouce, dont l'un était formé presque exclusivement par du tissu fibreux, tandis que l'autre, un peu moins volumineux, était presque entièrement composé de vaisseaux dilatés. En outre plusieurs brides, non moins vasculaires, étaient constituées par des veines volumineuses de nouvelle formation. Ces pédicules et ces brides furent coupés après que je les eus préalablement étreints dans des ligatures doubles et fortement serrées.

Ceci fait, les confrères qui m'assistaient s'occupaient, à l'aide d'éponges, à débarrasser l'abdomen du liquide ascitique qu'il renfermait encore, lorsqu'en procédant au nettoyage de la cavité pelvienne, l'un

d'eux, M. le docteur Saurel, m'avertit qu'une seconde tumeur remplissait toute cette cavité et formait une saillie aussi volumineuse que celle d'une tête d'adulte.

On conçoit que, dans les circonstances graves où nous nous trouvions, cette découverte nous causa une surprise peu agréable; mais beaucoup plus grand encore fut notre ennui lorsque, en examinant attentivement le siége et les rapports de cette nouvelle tumeur, nous reconnûmes qu'elle était coiffée sur toute l'étendue de sa surface libre par l'épiploon hypertrophié et tellement adhérent qu'il fut bientôt démontré impossible de l'en détacher. Pensant que les adhérences qui recouvraient les faces antérieure et latérales de la production morbide pouvaient rendre compte du défaut absolu de mobilité de cette dernière, je n'hésitai pas à diviser toute la masse épiploïque après l'avoir comprise par portions entre plusieurs ligatures. Mais je demeurai bientôt convaincu que l'immobilité de la tumeur dépendait encore d'autres causes.

Ayant constaté que l'un des deux pédicules, celui qui d'ailleurs était le plus vasculaire, passait au-dessus de la vessie pour venir se perdre, en s'épanouissant, sur la partie la plus déclive de la face antérieure de la seconde tumeur, je pensai que la disposition de ce pédicule pouvait contribuer puissamment à m'empêcher d'attirer cette dernière tumeur qui, par la profondeur où elle était placée, se soustrayait à mon exploration.

Je plaçai alors sur ce pédicule, au côté droit de la vessie, deux ligatures métalliques entre lesquelles je le sectionnai. Mais ces ligatures ayant été insuffisantes, par leur constriction, à prévenir l'effusion sanguine qui, malgré l'application immédiate des doigts, menaçait de se faire en abondance, je dus, sans retard, cautériser fortement cette surface à l'aide d'un fer rouge, pour arrêter l'hémorrhagie.

J'eus soin de protéger convenablement les parties environnantes, et, malgré les difficultés qu'avait présentées ce dernier temps de l'opération, j'avais pu parer au danger sans que la malade ait perdu, à ce moment, plus de deux cuillerées de sang.

Toutefois, je constatai de nouveau que, malgré tous ces efforts

la tumeur restait complétement immobile; mais dès lors, il devenait facile, à l'aide de la main conduite sur tout son pourtour, d'explorer toute l'étendue de son implantation et de constater qu'elle adhérait, par une base aussi large que son diamètre, à la vessie, à l'utérus, au rectum et à toute l'étendue du péritoine qui tapissait la portion droite du bassin jusqu'au voisinage du détroit supérieur, du côté correspondant.

Il devenait évident que la tumeur était dépourvue de pédicule et qu'elle était nourrie sur toute l'étendue de sa portion adhérente, par des vaisseaux volumineux. Pour être détachés, ces vaisseaux devaient nécessiter l'application d'innombrables ligatures qui, abandonnées dans le bassin, donneraient infailliblement lieu à une péritonite mortelle. Pour la première fois, je me trouvais en présence de difficultés imprévues et tellement graves que tout d'abord je songeai à reculer devant les dangers que devaient faire naître les méthodes de traitement les plus rationnelles appliquées à l'extraction de cette seconde tumeur. Et cette conduite aurait été d'autant mieux acceptée par la famille et par les personnes qui entouraient la malade, que j'avais, avant l'opération, prévenu tous les intéressés des obstacles que je pourrais rencontrer.

Je considérai néanmoins qu'en présence d'une mort prompte et certaine, il était du devoir du chirurgien de recueillir tout son sang-froid, et de ne pas abandonner la malade sans l'avoir placée dans des conditions telles qu'il restât au moins une chance de guérison. Je songeai d'abord à la ponction, et constatant par la fluctuation que cette tumeur était uniloculaire, je me demandai s'il ne serait pas possible de vider le liquide contenu dans son intérieur, et de laisser à demeure un tube à double courant, sortant par le vagin et favorisant l'écoulement des liquides. Plus tard j'aurais cherché à en tarir la source.

Cette méthode se présentait d'autant plus naturellement à mon esprit que des adhérences épaisses, résistantes, auraient permis d'établir cette communication sans trop de difficulté. J'explorai donc le contenu de la tumeur à l'aide d'un trocart assez fin, mais il ne donna lieu qu'à

un faible écoulement de pus et porta à la main de l'opérateur la sensation d'un corps dur et résistant.

La nature de ce liquide me parut tellement mauvaise que je songeai dès lors au danger qu'occasionnerait le séjour dans l'abdomen d'une tumeur qui déjà était recouverte par les portions sectionnées de l'épiploon et du pédicule.

En face d'un pareil état de choses, je me résolus à inciser largement le kyste. L'incision que je fis permit de constater que la tumeur était remplie par un liquide purulent, mélangé de graisse, et au milieu duquel étaient plongés les débris d'un fœtus du même âge que le premier. Les os qui constituaient autrefois le squelette de ce fœtus étaient altérés et disséminés ; quelques-uns d'entre eux étaient mêlés à des pelotons de cheveux enroulés, d'autres adhérents à la paroi interne du kyste. Cette paroi était elle-même, dans une partie de son étendue, le siége de crétifications dont quelques-unes avaient une assez grande épaisseur.

Tous ces débris, tous ces corps étrangers, furent extraits avec le plus grand soin, soit avec les doigts, soit avec les éponges, de façon à ne laisser tomber dans le péritoine aucune parcelle dont le séjour pût être dangereux.

J'entrepris ensuite, après avoir vidé le kyste, d'en retirer, par portions, toute la paroi maintenue par des adhérences que le doigt ne pouvait rompre sans danger. Ayant réfléchi, à l'occasion de quelques autopsies faites précédemment, aux difficultés que pourraient susciter de semblables complications, j'avais fait construire, par avance, des écraseurs courbés sur le plat et rappelant plus ou moins, par leur mode d'action, ceux qui avaient été employés en Angleterre (fig. 14, 15 et 16). A l'aide de ces instruments, en allant successivement de

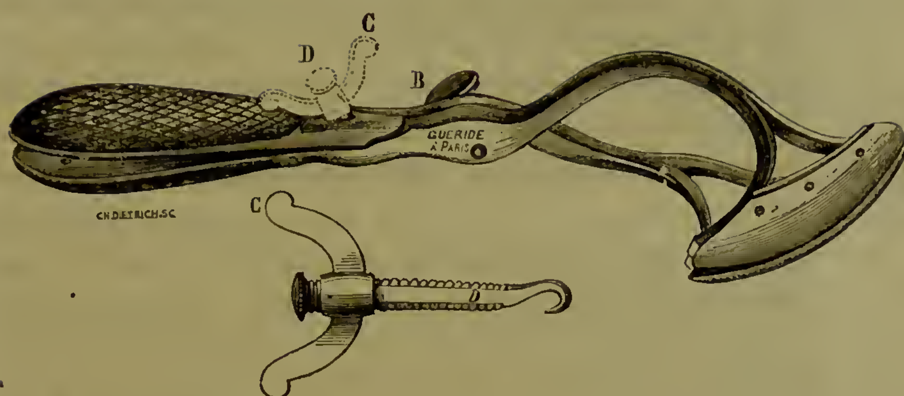


Fig. 14. — *Clamp à cautérisation*, construit sur mes indications par M. Guéride.

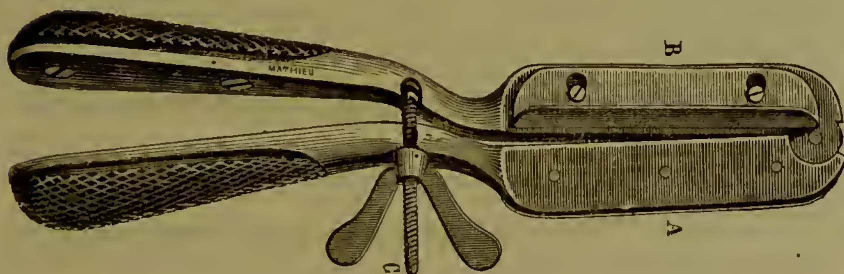


Fig. 15. — *Clamp à cautérisation*, construit sur mes indications par M. Mathieu. — Ce clamp ne diffère guère du clamp droit de M. Baker Brown que par la courbure que je lui ai fait imprimer dans son milieu, pour le porter plus facilement dans la profondeur des cavités.



Fig. 16. — *Clamp à cautérisation*, construit sur mes indications par M. Guéride. — Cet instrument est remarquable par sa puissance et sa légèreté.

l'intérieur vers l'extérieur du kyste, et en ayant soin de n'intéresser que lui, je saisis des portions plus ou moins étendues de la paroi, et je pus ainsi, tout en protégeant les tissus sains, écraser d'abord, sectionner et cautériser ensuite toutes les parties du kyste qui étaient alimentées par les nombreux vaisseaux contenus dans ces adhérences, sans qu'il fût besoin de laisser dans la cavité pelvienne plus de trois ou quatre ligatures métalliques qui furent portées au moyen du ligateur automatique du docteur Cintrat (fig. 17 et 18). Il est vrai de dire

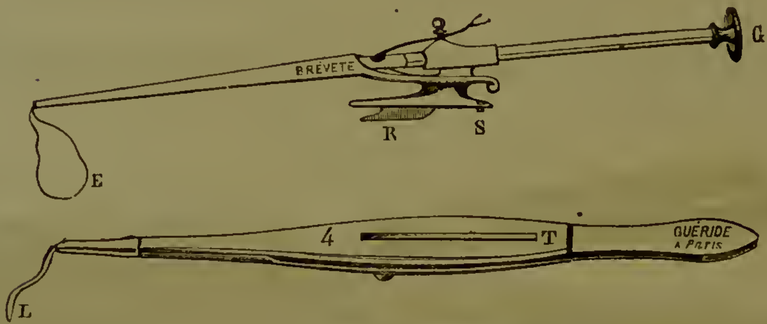


Fig. 17. — *Pince et ligateur automatique* du docteur CINTRAT.

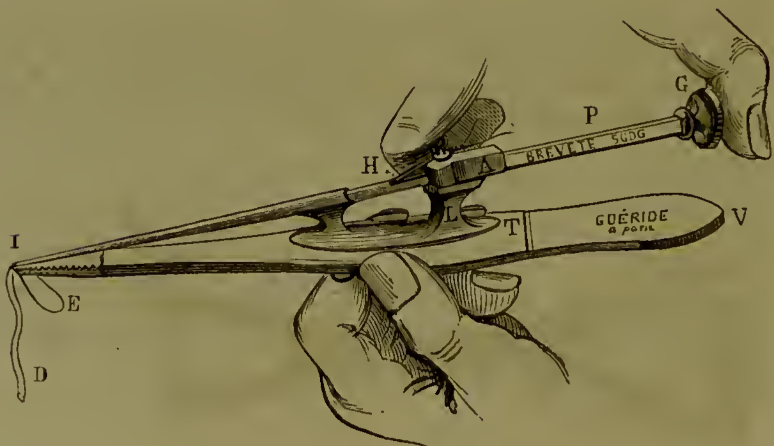


Fig. 18. — Disposition des mains de l'opérateur pour manœuvrer l'instrument.

que ce morcellement fut aussi laborieux qu'on peut se le figurer : il ne fallut rien moins qu'une heure et demie de labeurs incessants pour arriver à cette solution. Le travail était pourtant favorisé par le sommeil calme dans lequel était plongée la malade, qui avait eu, seulement au début de l'inhalation chloroformique, quelques efforts de vomissements.

Avant la découverte du second kyste, j'avais pensé à terminer l'opération en plaçant les deux longs pédicules du premier dans l'angle inférieur de la plaie, et à abandonner, au milieu des intestins, les ligatures que j'avais placées sur plusieurs vaisseaux. En présence de l'irritation qui était à craindre du côté des organes pelviens; en présence surtout de la section de l'épiploon qui, pour être faite dans toute sa largeur, avait nécessité l'application de plusieurs ligatures métalliques, je pensai qu'il serait plus prudent de sectionner ces deux pédicules et la portion libre de l'épiploon, de les cautériser ensuite et de les abandonner dans la cavité abdominale, afin de pouvoir fermer exactement la plaie et diminuer les chances d'irritation.

L'occlusion de la plaie présenta de grandes difficultés en raison de son étendue, et surtout en raison de la minceur des téguments qui avaient dû être intéressés sur toute la longueur de la hernie ombilicale. Dans le but de favoriser la réunion de cette peau flasque, ridée, j'affrontai les bords de la plaie, au niveau de sa division, avec dix points de suture profonde, à anses métalliques, séparés l'un de l'autre par un intervalle de 1 centimètre.

Pour réunir la partie inférieure de la plaie, dont les lèvres offraient beaucoup plus d'épaisseur, je plaçai seulement trois points de suture profonde, faits à l'aide de fils d'argent, et trois points de suture superficielle faits avec des épingles (fig. 19), maintenues par la suture entortillée.



Fig. 19. — *Longues épingles* pour la suture superficielle. Elles sont munies d'une grosse tête en verre sur laquelle le doigt peut presser avec force. Le petit tube de verre dans lequel se cache leur pointe a été décrit fig. 12.

Malgré tant d'efforts, l'opération terminée, il me restait peu d'espoir de voir le péritoine supporter toutes les tentatives qu'avait nécessitées l'opération ; mais j'avais du moins la satisfaction d'avoir essayé, par les moyens que la chirurgie pouvait m'inspirer, tout ce qui était possible pour sauvegarder du même coup, et la vie de la malade et la responsabilité du praticien. Au réveil de l'opérée, son état était satisfaisant. Malgré la rigueur de la saison, la chaleur était restée bonne sur toute l'étendue des téguments extérieurs.

Pendant le reste de la journée, aucun phénomène grave ne se présenta. Le pouls ne s'éleva pas au-dessus de 80 pulsations, la respiration demeura libre, facile, le ventre resta souple, indolent, malgré l'apparition de deux vomissements chloroformiques. La malade demanda un peu de bouillon et prit quelques boissons stimulantes.

La nuit fut calme et amena un sommeil réparateur.

Le deuxième jour, l'état général et l'état local étaient en réalité aussi satisfaisants que possible : non-seulement il n'y avait, du côté de l'abdomen, aucun météorisme, aucune douleur, mais encore les mouvements respiratoires et le pouls n'avaient pas augmenté notablement de fréquence. La tranquillité de la malade était parfaite, et elle ne se plaignait que d'un peu de soif occasionnée, non par l'état fébrile, mais plutôt par l'usage des boissons alcooliques dont j'avais conseillé l'emploi. Quant à la plaie, elle était remarquable par son bon aspect,

et elle avait tellement diminué de longueur que, sur les téguments qui autrefois recouvraient la hernie, les anses métalliques se touchaient presque. Je dus alors en extraire la moitié, et je transformai au moyen des fils métalliques toutes les sutures à anses en sutures empennées, dans le but d'éviter sur les téguments peu épais toute constriction dangereuse; enfin, des vessies pleines de glace furent placées de chaque côté de la plaie, lesquelles furent renouvelées pendant les cinq jours qui suivirent.

Le troisième jour, l'état de la malade continua à être satisfaisant. Le pouls battait 88. La respiration était libre, facile. La miction, qui jusqu'alors avait nécessité le cathétérisme, put se faire spontanément.

La défécation elle-même s'exécuta librement et je vis avec plaisir reparaître la menstruation qui, d'ailleurs, avait eu lieu régulièrement quelques jours avant l'opération. Je vis aussi avec satisfaction que, contrairement à ce qui avait eu lieu jusqu'ici chez toutes mes opérées, le ventre ne présentait aucune trace de météorisme et n'était uniquement le siége que de quelques gargouillements qui précédaient la sortie facile des gaz, tant par l'extrémité supérieure que par l'extrémité inférieure du tube digestif. Remarquant qu'au niveau de la hernie, l'incision diminuait encore de longueur et que les téguments se rétractaient de plus en plus, je fis de nouveau l'extraction de trois points de suture métallique. Mais pour mieux prévenir l'écartement qui aurait pu, sous l'influence des efforts, se faire entre les lèvres de la division, je plaçai sur la peau, de chaque côté, un grand nombre de points de suture sèche collodionnée.

Le quatrième jour, la plaie était réunie solidement dans toute sa longueur, et, circonstance heureuse, cette réunion par première intention paraissait offrir une solidité considérable au niveau de la hernie dont il était impossible de soupçonner les moindres traces. Il me sembla, ainsi qu'au docteur Baldy et à plusieurs médecins qui voulurent bien venir voir cette malade, qu'il était possible de retirer les points de suture métallique qui restaient; ce qui fut fait. La malade se plaignit seulement ce jour-là et les jours suivants de quelques douleurs qui

furent calmées par les applications réfrigérantes. Il était d'ailleurs impossible de proposer à cette femme quelque médicament que ce soit, tant elle avait de préjugés à cet endroit.

En présence de l'état satisfaisant de la malade, je priai notre habile confrère, le docteur Baldy, de vouloir bien continuer seul à lui donner ses soins dévoués, et lorsque je revins la voir le dixième jour, avec MM. les docteurs Morpain et Mozer, nous trouvâmes, à notre grande satisfaction, la malade gaie, assise sur son lit, prenant des aliments solides et ne manifestant aucune souffrance.

Le douzième jour, la malade put descendre dans sa chambre et s'asseoir pendant le temps nécessaire pour faire son lit.

Vers le dix-huitième jour elle éprouva une constipation opiniâtre qui donna lieu à un gonflement douloureux de l'S iliaque, gonflement qui disparut bientôt sous l'influence de lavements émollients qu'on parvint à grand'peine à faire accepter à la malade.

A la même époque, elle eut une bronchite qui donna peu de fièvre et qui ne l'empêcha pas de se promener dans sa chambre pendant la plus grande partie de la journée. Toutefois, malgré l'adhésion définitive et très-résistante de la plaie faite aux parois de l'abdomen, les secousses de toux affaiblirent légèrement la cicatrice et il se forma à nouveau une petite saillie herniaire au voisinage de l'ombilic. Mais bientôt la malade put sortir de sa chambre, si bien que lorsque je la revis deux mois et demi environ après l'opération elle avait pu reprendre ses occupations.

Remarques.

Si cette observation offre quelque intérêt en raison du nombre et de la gravité des complications qui se sont présentées : exomphale volumineuse, ascite assez considérable pour gêner l'exploration rigoureuse des deux tumeurs, difficultés imprévues qui paraissaient tout d'abord devoir être insurmontables,

—cet intérêt doit s'accroître en raison des conditions fâcheuses dans lesquelles, au point de vue de l'hygiène et de la salubrité, se trouvait placée la malade. En effet, la chambre habitée par l'opérée, située dans un hôtel meublé assez mal entretenu, était excessivement étroite et s'ouvrait sur un escalier d'où se dégageaient sans cesse les émanations les plus suspectes. Ce fait, joint à ceux que contient notre première publication, et qui ne sont pas moins remarquables au même point de vue, nous semble être aussi probant que possible et répondre de la façon la moins discutable à la question que nous nous sommes posée au commencement de ce travail.

VIe OBSERVATION.

—

KYSTE UNILOCULAIRE DE L'OVAIRE DROIT. — GASTROTOMIE. — INCISION DU KYSTE. — ADHÉRENCES TRÈS-ÉPAISSES ET PRESQUE GÉNÉRALES. — GUÉRISON PAR LA CANULE A DEMEURE.

Mme Jung, née à Paris et demeurant rue Folie-Méricourt, 48, âgée de 27 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, à peau fine et colorée, mariée à l'âge de 19 ans, ressentit, un mois environ après son mariage, dans le côté droit du ventre, des douleurs aiguës pour lesquelles on dut faire une application de sangsues. Les douleurs disparurent, puis se reproduisirent après quelques mois pour persister sans interruption jusqu'à l'époque de l'opération, avec des exacerbations tellement violentes que les médecins qui la virent à cette époque employèrent successivement les sangsues, les vésicatoires, les injections avec la morphine — sans grand résultat. Durant cette période de huit ans, la malade avait eu deux enfants et deux fausses couches; l'une à trois mois, l'autre à cinq mois et demi.

Au mois de juin 1867, le docteur Baudin, appelé près de Mme Jung dont les douleurs augmentaient sans cesse et rendaient tout repos impossible, reconnut dans le côté droit du ventre une tumeur arrondie, plus volumineuse que la tête d'un fœtus à terme, et douloureuse à la pression. Cette tumeur prit, du mois de juin au mois de septembre, un accroissement si considérable (elle fit plus que tripler de volume), les douleurs devinrent si insupportables, que la malade réclamait à grands cris l'opération et menaçait de s'ouvrir elle-même le ventre si l'on n'accédait promptement à son désir. En même temps, l'amaigrissement allait toujours augmentant et la peau prenait une teinte cachectique. M. Baudin pensa qu'une opération était le seul remède à cet état alarmant. Je fus appelé, et je constatai dans le ventre une tumeur remontant jusqu'à la base du foie, plus prononcée à droite, mais dépassant

la ligne médiane pour s'étendre dans le côté gauche, assez régulièrement arrondie, peu mobile, présentant une fluctuation manifeste en certains points.

Quoique les douleurs si vives et accompagnées de fièvre que la malade avait ressenties à plusieurs reprises dussent faire redouter des adhérences nombreuses, résultats de ces péritonites partielles, l'opération fut décidée et faite le 12 octobre 1867, en présence de MM. les docteurs Ordoñez, Morpain, Gaudin et Baudin. La malade ayant été soumise aux inhalations du chloroforme, je fis sur la ligne médiane une incision commençant au-dessous de l'ombilic, et allant jusqu'au pubis. Après avoir divisé successivement, sur la ligne blanche, les différentes couches de la paroi abdominale, et lié à mesure les nombreux vaisseaux qui se trouvèrent intéressés, j'incisai le péritoine sur la sonde cannelée. Le kyste apparut entre les lèvres de la plaie, et on put constater immédiatement qu'il était fixé à la paroi abdominale par des adhérences très-nombreuses, très-larges et très-résistantes.

La ponction du kyste fut faite avec un trocart de fort calibre, et donna issue à sept litres et demi d'une sérosité purulente mêlée de grumeaux.

Il devint alors facile de juger de l'étendue et de l'importance des adhérences du kyste avec la paroi du ventre et avec les intestins, adhérences si nombreuses et si fortes que j'acquis la certitude que vouloir les rompre c'était s'exposer à voir succomber la malade dans les vingt-quatre heures.

Quoique l'état général de Mme Jung se fût beaucoup altéré dans les derniers temps, cependant l'opération n'était pas faite dans ces conditions désastreuses des premières opérations que j'ai publiées, opérations faites *in extremis,* et cette considération me parut devoir modifier la conduite à suivre.

J'avais pu d'ailleurs, en introduisant, d'une part, une main dans la cavité péritonéale au niveau de la partie supérieure de l'incision, d'autre part, plusieurs doigts à travers l'ouverture de la ponction

agrandie suffisamment par le bistouri, constater que le kyste, bien que volumineux, était cependant uniloculaire.

Je me décidai, pour toutes ces raisons, au lieu de chercher à enlever ce kyste quand même, à le faire suppurer. D'ailleurs, la ponction avait été faite à dessein sur un des points où la tumeur avait contracté avec la paroi antérieure de l'abdomen les adhérences les plus fortes. Lorsque j'eus agrandi cette ouverture dans une longueur de 4 centimètres environ, j'introduisis dans la cavité du kyste une sonde de fort calibre que je laissai à demeure pour faciliter l'écoulement du liquide purulent à mesure qu'il se produirait, et je procédai à la fermeture de la plaie extérieure dans tout le reste de son étendue. J'eus soin surtout de disposer les points de suture de façon à adosser les surfaces séreuses assez exactement pour que pas une goutte du liquide morbide ne pût être versée dans le sac péritonéal. Il ne fallut pour cela rien moins que six points de suture profonde à anses séparées en fil métallique et quatre points de suture superficielle.

L'opération avait duré près de deux heures : on avait eu beaucoup de peine à endormir la malade, qui avait été prise de vomissements chloroformiques.

La malade ayant été reportée dans son lit, on recouvrit la plaie avec quelques compresses fréquemment imbibées d'eau fraîche, et on administra des boissons glacées et alcooliques.

Pendant la journée qui suivit l'opération, la malade m'exprima avec effusion sa reconnaissance pour le soulagement qu'elle éprouvait, et, le lendemain matin, quand je la revis, elle m'assura que, pour la première fois, depuis un grand nombre de mois, elle avait pu goûter un sommeil calme et réparateur.

Cependant, le second jour, comme la malade se plaignait de quelques douleurs abdominales, surtout dans le côté droit, on appliqua sur le ventre des vessies remplies de glace qui calmèrent promptement ces douleurs. Les vomissements chloroformiques, qui s'étaient renouvelés à plusieurs reprises pendant les douze heures qui suivirent l'opération, avaient complétement cessé.

Dès le troisième jour, on donna du bouillon froid et de l'eau rougie.

Le quatrième jour, on put enlever les épingles. Des injections avec de l'eau tiède additionnée d'alcool et de teinture d'iode étaient faites deux fois par jour à l'aide d'un appareil à courant continu, aspirant et refoulant (fig. 20) (1).

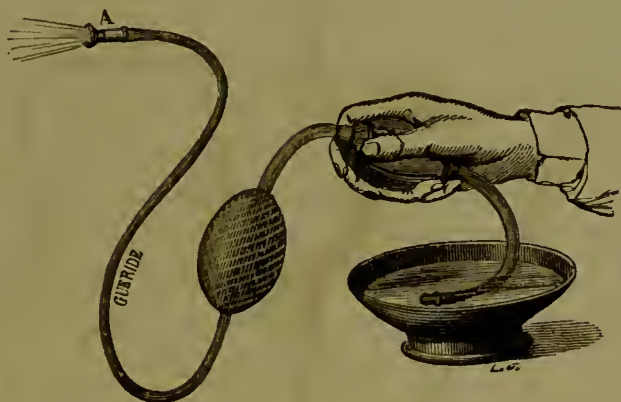


Fig. 20. — *Injecteur à courant continu*, en caoutchouc souple, de M. Guéride. — L'ajutage A, qui est disposé en pomme d'arrosoir, peut être remplacé par un ajutage à orifice unique.

L'état de la malade continua à s'améliorer, le pouls ne dépassant pas 90 pulsations dans les jours qui suivirent. On passa à un régime alimentaire plus substantiel, tout en continuant les boissons alcooliques froides.

---

(1) On peut aussi employer l'appareil représenté par la figure ci-contre (fig. 21), qui a été construit par M. Mathieu, et qui nous a rendu service en maintes occasions.

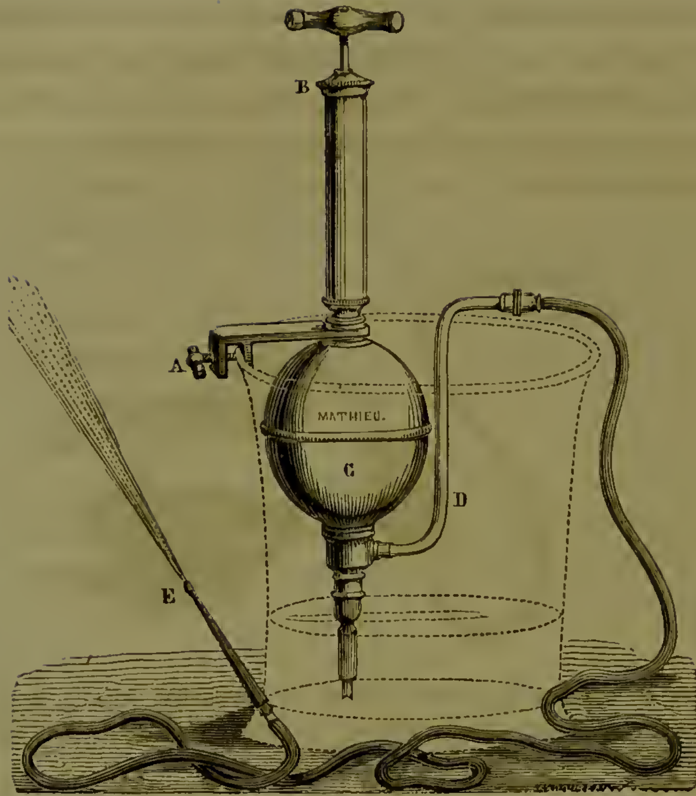


Fig. 21. — *Appareil de* M. Mathieu *à air comprimé, pour injections.*

B Pompe foulante.
C Réservoir d'air.
D Ajutage.
E Canule mobile.

Le septième jour, je retirai les fils métalliques, que je remplaçai par une suture sèche au moyen de fils maintenus à l'aide du collodion.

La malade reprenait des forces, les douleurs avaient disparu, le sommeil était bon, et l'alimentation, progressivement augmentée, était très-bien supportée.

Au bout de cinq semaines, je fis faire à la malade une ceinture pour lui soutenir le ventre, et je fis adapter à cette ceinture une sonde recourbée avec large pavillon. La malade put alors se lever et s'occuper

de ses affaires; mais, depuis cette époque, les injections ont été continuées, et j'ai eu le plus grand soin de laisser l'ouverture du kyste en communication libre avec l'extérieur, tant que je vis celui-ci laisser s'engager le stylet ou verser un peu de liquide au dehors. Lorsque je présentai la malade à l'Académie, huit mois après l'opération, l'écoulement était tari depuis plusieurs semaines et la plaie complétement fermée. Le ventre était normal, souple, indolent. Il était impossible, au palper, de reconnaître aucune trace des débris de cette tumeur, tant la guérison paraissait être radicale et définitive. Quant à la santé générale, elle était tellement satisfaisante depuis plusieurs mois, que la malade avait acquis un véritable embonpoint, et qu'au lieu de paraître ridée et vieillie comme elle l'était au moment de l'opération, elle avait un teint frais et coloré qui aurait pu faire croire qu'elle était de quelques années plus jeune qu'elle ne l'est en réalité.

Remarques.

Bien qu'ici le kyste ovarique, pour la guérison duquel l'opération avait été entreprise, n'ait pas été excisé, nous n'avons pas craint de donner place parmi nos observations à cette gastrotomie qui nous a semblé offrir, au point de vue qui nous occupe, un très-vif intérêt. En effet, en même temps que le succès obtenu met en relief les ressources précieuses que, pour certains cas difficiles où un kyste uni-loculaire présente des adhérences dangereuses à détacher, l'ouverture de la poche suivie de pansements appropriés réserve au chirurgien,— ce fait vient s'ajouter à tous ceux que nous avons déjà publiés, pour démontrer d'une façon non moins éclatante qu'à Paris, même dans des quartiers populeux, et les conditions hygiéniques étant en apparence les plus déplorables, il est possible, pour tenter la guérison de vastes tumeurs abdominales, d'ouvrir

largement le péritoine sans faire courir à la vie des malades des chances trop défavorables.

Mme Yung habitait une chambre étroite et difficile à aérer, qui communiquait avec un atelier dans lequel travaillaient un grand nombre de personnes appartenant à la classe ouvrière.

VIIe OBSERVATION.

—

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE DROIT. — PONCTION. — ADHÉRENCES GRAVES. — PÉDICULE TRÈS-COURT ET TRÈS-LARGE, DÉTACHÉ PAR LE MORCELLEMENT, SUIVI DE LA CAUTÉRISATION. — GUÉRISON.

Mme veuve Faron, âgée de 38 ans, exerçant la profession de couturière, à Paris, rue de Grenelle-Saint-Honoré, n° 10, d'une assez bonne constitution, mais très-affaiblie, s'était aperçue, il y avait environ un an, de la présence d'une tumeur siégeant au côté gauche de l'épigastre. Cette tumeur se développait rapidement, lorsqu'elle vint me trouver au mois d'octobre 1867.

A cette époque, la tumeur occupait la partie inférieure de l'abdomen et remontait un peu au-dessus de l'ombilic ; elle était mobile, dure et peu douloureuse à la pression. Le toucher vaginal et le palper hypogastrique permettaient de reconnaître que cette tumeur était constituée par un kyste multiloculaire et avait son siége très-probablement dans l'ovaire droit. Aucun trouble notable n'était encore survenu, soit dans la menstruation, soit dans les fonctions du tube digestif; cependant, la malade éprouvait fréquemment des douleurs abdominales très-vives, qui lui causaient un profond découragement.

En raison de l'accroissement rapide de la tumeur, il était de toute évidence que l'intervention du chirurgien devenait urgente; néanmoins, la ponction elle-même, proposée dans le but d'éclairer le diagnostic, fut repoussée par la malade, et ce ne fut que quatre mois plus tard que, vaincue par les souffrances et par les troubles graves qui s'étaient manifestés du côté des organes digestifs et respiratoires, Mme Faron se décida à venir me consulter de nouveau.

A ce moment, les parois de l'abdomen étaient distendues de tous côtés par une tumeur qui s'étendait, à la partie supérieure, jusqu'au niveau des côtes et du diaphragme qu'elle refoulait dans la cavité thoracique. Il était facile de reconnaître que la tumeur était bosselée,

molle, bien circonscrite par des anses d'intestin dont la sonorité ne laissait aucun doute; mais il était presque impossible, au palper ou à la percussion, de découvrir une fluctuation manifeste. Par contre, le défaut de mobilité et de crépitation perceptibles, soit du côté du vagin, soit du côté des parois extérieures de l'abdomen, joint à la présence de douleurs vives et de troubles digestifs, constitués surtout par des vomissements et par une constipation opiniâtre, et survenus à plusieurs reprises, permettaient de craindre qu'il n'y eût, sur plusieurs points de la tumeur, des adhérences épaisses et résistantes. L'utérus, bien que refoulé par la tumeur qui faisait surtout saillie entre lui et la vessie, avait conservé un certain degré de mobilité, et aucun changement digne d'être noté n'avait eu lieu du côté de ses fonctions.

Mais la malade était pâle, faible, émaciée; le pouls était petit et un peu accéléré; les envies d'uriner extrêmement fréquentes; la respiration anxieuse, et, de l'examen de tous ces symptômes, il résultait que la durée de la vie ne devait pas se prolonger au delà de quelques mois, et que l'opération elle-même ne pouvait être exécutée avec quelques chances de succès, si elle n'était pratiquée sans plus de retard.

Toutefois, en raison de la dureté des bosselures perceptibles à la surface de la tumeur, et surtout des rapports intimes qu'elle affectait avec la face antérieure de l'utérus, une ponction exploratrice paraissait nécessaire pour déterminer si la tumeur était uniquement constituée par un liquide épais, enfermé dans un sac multiloculaire, ou si elle n'était pas accompagnée de la présence d'un fibrome volumineux, situé dans le cul-de-sac utéro-vésical. La malade d'ailleurs s'opposait à l'extraction du kyste et consentait seulement à la ponction exploratrice.

Celle-ci fut pratiquée le 15 février 1868, et, comme il était permis de le prévoir, elle donna issue à un liquide d'abord verdâtre, visqueux, filant, puis ensuite jaunâtre, mélangé de pus et de la matière colorante du sang. Il me fut ainsi possible de vider en apparence une des poches de la tumeur, qui contenait environ six litres de liquide. La finesse de l'instrument explorateur ne me permit pas d'en extraire une plus grande quantité.

En présence de l'aspect et de l'odeur légèrement fétide de ce liquide, la malade comprit que l'ovariotomie serait l'unique chance de salut, et cela d'autant plus facilement que la seule ponction, comme l'examen du liquide écoulé devait le faire craindre, donna lieu à tous les symptômes d'une péritonite qui paraissait devenir menaçante.

L'opération fut pratiquée le 17 février, dans la Maison de santé des sœurs Augustines, située à Paris, rue de la Santé, 29, en présence de MM. les docteurs Cossé, Gaudin, Desarènes, Bonifas, Hédouin, Adam et Dumas-Aubergier. Le chloroforme fut administré par Ordoñez.

La section des parois de l'abdomen intéressa de nombreux vaisseaux qui furent liés successivement dans le but de s'opposer à l'écoulement de sang qui avait lieu de tous côtés. Cette section comprit la peau, la couche adipeuse sous-cutanée, qui était assez épaisse, les muscles et le tissu cellulaire jusqu'au péritoine.

A ce moment, grande fut notre surprise lorsque, cherchant la surface de la tumeur que nous nous attendions à voir apparaître entre les fentes de l'incision, nous nous aperçûmes que nous étions en présence d'un épanchement intra-péritonéal extrêmement abondant, et au milieu duquel il était impossible de reconnaître la présence d'un corps solide.

Ce fait causa à tous les assistants, non moins qu'à moi, un étonnement d'autant plus vif que je croyais avoir acquis, quelques jours auparavant, par une exploration méthodique, la certitude de l'absence complète d'ascite. Convaincu néanmoins qu'une quantité aussi considérable de liquide ne pouvait provenir que d'une des poches du kyste, poche qui se serait vidée dans la cavité péritonéale à travers l'ouverture pratiquée à l'aide du trocart explorateur, et m'expliquant du reste, par cette même circonstance, le retrait de la tumeur, je n'hésitai pas à ouvrir le feuillet pariétal de la séreuse sur une sonde cannelée et à diviser cette membrane dans toute la longueur de la plaie faite aux parois abdominales.

Aussitôt, du liquide semblable à celui qui avait été fourni par la ponction jaillit au dehors, et lorsqu'il s'en fut écoulé plusieurs litres, je reconnus que le kyste, dont le volume avait singulièrement diminué,

faisait à peine saillie au-dessus de l'ombilic et était solidement appliqué au milieu des anses intestinales.

Le péritoine qui recouvrait ces organes était légèrement enflammé, mais les adhérences qui reliaient la tumeur aux parois de la cavité abdominale et aux viscères contenus dans l'abdomen, cédèrent aisément, sans donner d'hémorrhagie, à de légères tractions exercées sur elles à l'aide de la main.

Nous pûmes alors nous convaincre que les plus grandes loges qui composaient la tumeur étaient presque vides, et que leurs parois, flasques, épaissies et très-résistantes, flottaient l'une contre l'autre dans une grande étendue. Quant aux loges qui étaient restées intactes, elles furent ponctionnées à l'aide d'un gros trocart, et la masse principale de la tumeur put être ensuite attirée au dehors à travers la plaie.

A ce moment, j'espérais que l'opération, qui avait duré à peine une demi-heure, et qui s'était passée régulièrement sans présenter d'obstacles importants, se terminerait sans autre difficulté; il n'en fut rien : en examinant le lieu d'implantation de la tumeur, je reconnus qu'elle était retenue, non par un pédicule long et étroit, mais bien par une surface dure, fibreuse et très-étendue, comprenant toute l'épaisseur du ligament large et recouvrant la presque totalité du sommet de la vessie et de la face antérieure de l'utérus.

Il était évident qu'il devenait impossible d'étreindre cette implantation dans un clamp et de l'attirer vers la partie inférieure de la plaie. Dès lors, je me décidai à diviser la tumeur en plusieurs morceaux, à disposer préalablement des liens de façon à prévenir l'hémorrhagie, à comprimer ces diverses portions à l'aide d'un clamp spécial construit sur mes indications (fig. 22), et à les détruire par la cautérisation qui, dans d'autres cas non moins difficiles, m'avait donné jusque-là des résultats précieux.

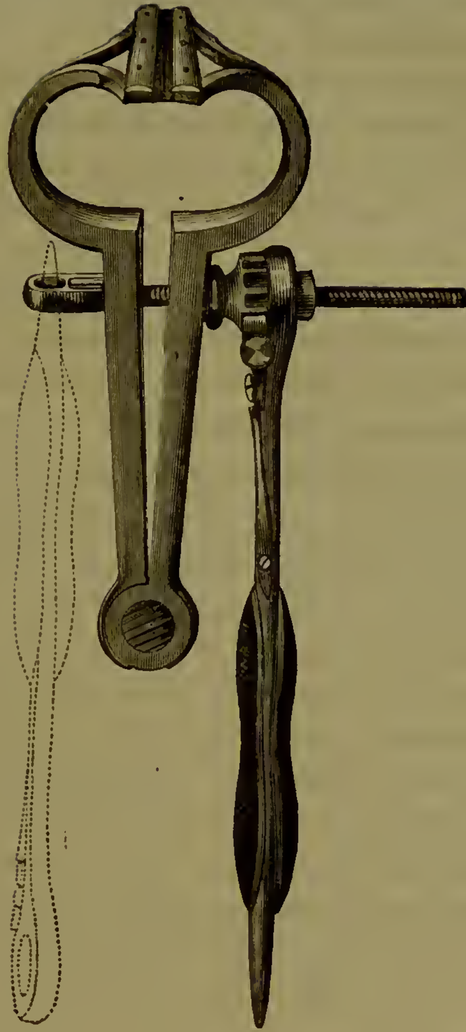


Fig. 22. — *Clamp à étau,* construit sur mes indications par M. Mathieu, applicable au morcellement des tumeurs fibreuses.

Les difficultés que présentèrent ces divers temps de l'opération furent telles qu'au dire de l'un des confrères qui y assistaient, je fus obligé d'éteindre successivement plus de 60 cautères pour arriver à détruire la masse énorme formée par la base de la tumeur au niveau de son implantation. Du reste, toutes les précautions nécessaires furent

prises pour éviter le rayonnement de la chaleur qui aurait pu se transmettre aux organes voisins.

Toutes ces manœuvres furent rendues très-délicates et très-laborieuses par la tendance continuelle que présentaient les intestins à sortir au dehors, malgré le soin avec lequel ils étaient maintenus par un des confrères éclairés qui avaient bien voulu me prêter leur assistance.

La surface d'implantation ainsi sectionnée fut loin d'être exsangue, et pour prévenir tout danger ultérieur d'hémorrhagie, plusieurs ligatures métalliques furent appliquées avec méthode sur les vaisseaux de quelque importance qui donnaient du sang.

L'opération ainsi conduite avait duré deux heures.

En raison des dangers que la présence du liquide contenu dans le péritoine permettait de craindre, j'épongeai alors avec le plus grand soin tout le liquide que je pus découvrir, et ce ne fut qu'après m'être assuré qu'aucune trace de sang ou de sanie ne restait enfermée dans la cavité séreuse que je procédai à la fermeture de la plaie.

Cinq points de suture profonds furent faits à l'aide de fils métalliques, et la plaie fut réunie complétement. Sept épingles furent introduites superficiellement pour servir de points d'appui à la suture entortillée. Les nombreux fils appliqués sur les vaisseaux des parois furent dirigés et maintenus au dehors, dans les intervalles des points de suture.

Aussitôt après l'opération, la malade se réveilla facilement et fut portée dans son lit avec les plus grands ménagements.

Dans la journée qui suivit, elle éprouva à peine un peu de douleur du côté de l'abdomen. Il y eut quelques vomissements chloroformiques.

Le pouls était petit et battait 92 pulsations ; la respiration était facile, régulière, la chaleur des extrémités à peu près normale, le facies satisfaisant. Des boissons excitantes et alcooliques furent seules prescrites.

La nuit qui suivit fut assez tranquille ; cependant la malade, ne pouvant uriner seule, dut être sondée.

Le deuxième jour, la malade eut encore quelques vomissements

chloroformiques, mais ceux-ci, d'abord assez faibles, disparurent ensuite. L'abdomen, souple, presque indolent, était à peine distendu par les gaz, et la plaie, malgré le grand nombre de fils à ligature placés dans son intérieur, présentait une union tellement satisfaisante que je n'hésitai pas à extraire toutes les épingles qui servaient à la suture superficielle et à remplacer cette dernière par une suture sèche et collodionnée.

La respiration s'exécutait librement, et le pouls oscillait entre 92 et 100 pulsations.

Quant à la mixtion volontaire, elle était impossible; et même, pendant les huit jours qui suivirent, le séjour des urines dans la vessie enflammée devint tellement douloureux qu'il fallut répéter plusieurs fois par jour le cathétérisme, sous peine de voir apparaître des contractions vésicales capables d'arracher des cris à la malade. Cette cystite s'explique facilement lorsque l'on se souvient que, pour extraire la tumeur, il avait fallu mettre à nu presque toute la surface qui correspond au sommet de la vessie.

Pour apaiser ces douleurs, on prescrivit des calmants et des diurétiques, et en même temps on soutint les forces de la malade à l'aide de bouillons froids et de quelques liqueurs alcooliques. La surface de la plaie fut recouverte de compresses imbibées d'eau alcoolisée.

Le troisième jour, l'état de l'abdomen et de la plaie était tellement satisfaisant que je retirai tous les fils métalliques qui formaient la suture profonde. La réunion des lèvres de la plaie, d'ailleurs fort adhérentes, demeura seulement maintenue par la suture superficielle extérieure.

A partir de cette époque, les fonctions digestives s'exécutèrent si régulièrement que je permis une alimentation de plus en plus solide et substantielle. Le pouls descendit à 72 pulsations et ne s'éleva jamais au delà de 90.

L'embonpoint et les forces reparurent rapidement, si bien qu'au quinzième jour, la malade put descendre de son lit et rester assise une partie de la journée. Néanmoins, je l'engageai à s'abstenir de marcher,

à cause des nombreuses ligatures qui restaient encore dans la plaie, et ce ne fut même qu'au vingt-cinquième jour que les quatre dernières purent être retirées.

La présence de ces nombreuses ligatures (on dut en extraire 15 jusqu'à cette époque) avait donné lieu à de petits décollements situés au niveau de la plaie, dans l'épaisseur de la paroi. Cependant ces petites sources de suppuration paraissaient taries, et la cicatrisation semblait complète, lorsqu'au vingt-huitième jour, la malade quitta sa chambre pour aller se promener au dehors ; mais, deux jours après, sous l'influence de quelque fatigue, elle éprouva tout d'un coup, vers la partie inférieure de la cicatrice, des douleurs excessivement violentes. Ces douleurs furent suivies de l'apparition d'un phlegmon aigu qui, au bout de trente-six heures, donna issue à une suppuration qui, pendant une quinzaine de jours, obligea la malade à reprendre le décubitus horizontal. Sous l'influence de ces accidents, les forces tombèrent très-rapidement, et cet accident eût inspiré de véritables inquiétudes s'il n'eût été facile d'en surveiller et d'en diriger la marche. Si peu redoutable qu'elle fût, cette complication démontrait jusqu'à quel point la santé avait été épuisée par les progrès du kyste dont la malade avait été si heureusement délivrée.

Aussitôt que cette inflammation tardive eut cédé, la malade put de nouveau reprendre de la nourriture, et, grâce aux toniques et à une alimentation réparatrice, la santé devint bientôt florissante, ainsi que purent le constater un grand nombre de confrères qui vinrent la visiter.

Depuis lors, Mme Faron s'est trouvée tellement satisfaite de son état, qu'elle vient de se remarier.

Remarques.

Cette observation, comme toutes celles qui ont été précédemment publiées, prouve que l'extraction des kystes ova-

riques peut réussir à Paris, lors même qu'elle est rendue très-laborieuse par de grandes difficultés. Chez cette malade, en effet, de même que chez l'une des précédentes (Mme Lafioure), nous dûmes recourir à l'emploi de la cautérisation portée sur une large surface au fond de la cavité pelvienne. En outre, la malade occupait une chambre extrêmement étroite, s'ouvrant dans un corridor sur lequel donnaient un très-grand nombre de chambres semblables occupées par d'autres malades. — Il est vrai de dire que ces conditions si fâcheuses en apparence étaient compensées non-seulement par un vaste jardin qui entourait la maison de santé, mais bien plus encore par le zèle des personnes chargées de donner à l'opérée tous les soins qu'exigeait son état. C'est du reste dans cette même maison que nous avions, quelques mois auparavant, pratiqué avec succès l'extirpation complète d'une rate qui était le siége de kystes nombreux et d'une hypertrophie considérable.

VIIIe OBSERVATION.

—

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE DROIT. — OPÉRATION A UNE PÉRIODE TRÈS-AVANCÉE DE LA FIÈVRE HECTIQUE. — ADHÉRENCES VASCULAIRES ET GÉNÉRALISÉES. — MORT.

Mme Calvet, demeurant à Paris, 33, rue d'Angoulême-du-Temple, mère de trois enfants, avait été assez fortement éprouvée par des chagrins qui, depuis son mariage, avaient troublé sa manière de vivre et l'avaient obligée à embrasser la profession de libraire. Cette profession pénible était au-dessus de ses forces. Néanmoins, elle avait résisté aux fatigues qu'elle s'était imposées et n'avait encore été atteinte d'aucune maladie sérieuse, lorsque, vers le mois de mars 1866, elle s'aperçut que son ventre grossissait à vue d'œil et la faisait souffrir. Les douleurs qu'elle y ressentait étaient vives, reparaissaient fréquemment et s'accompagnaient de troubles digestifs et circulatoires qu'une médication appropriée fut impuissante à faire disparaître.

La malade, qui était d'une bonne constitution et qui ne connaissait dans sa famille aucune maladie semblable, se rassura d'abord. Mais l'abdomen augmenta si rapidement de volume, que bientôt la famille, justement effrayée, réclama les conseils d'un médecin.

La présence d'un kyste ovarique fut alors reconnue, et tout aussitôt une médication dérivative fut appliquée. Ce fut en vain, et tous les efforts louables tentés à cette époque réussirent si peu à enrayer les progrès de l'affection, que la malade, voyant d'ailleurs sa santé générale se détériorer rapidement, se décida à réclamer les soins de l'un de nos confrères de Paris les plus distingués, M. le docteur Marchal de Calvi.

Notre éminent confrère trouva l'abdomen tellement distendu, et cette distension accompagnée de troubles digestifs et circulatoires si prononcés, qu'il n'hésita pas à pratiquer sur-le-champ, et d'urgence, une ponction.

Le soulagement fut immédiat. Mais, par malheur, il ne fut pas de longue durée, car le liquide se reproduisit très-vite, et il fallut au bout de douze heures et demie, les accidents les plus menaçants s'étant de nouveau montrés, recourir à la même opération.

Pendant ce temps, M. Marchal fut frappé de la forme multilobée de la tumeur intra-abdominale et put constater qu'après chaque ponction, malgré l'évacuation d'une grande quantité de liquide, le palper découvrait la présence de deux tumeurs distinctes de la principale. L'une de ces deux tumeurs paraissait contenir un liquide enkysté ; l'autre, profondément située, avait une consistance et une forme analogues à celle d'un utérus distendu par une grossesse déjà avancée.

Bien que le siége et la forme de cette dernière tumeur, les troubles de la menstruation, et surtout l'état du col de l'utérus aient alors singulièrement éveillé l'attention de notre confrère, il était bien plus préoccupé encore des troubles de nutrition qui, malgré les soins les plus actifs et les plus variés, devenaient chaque jour de plus en plus alarmants. A plusieurs reprises, désespérant de l'efficacité des moyens médicaux, il avait fait part à la famille des craintes qui le conduisaient à la pensée d'une opération plus radicale, lorsque, tout à coup, la malade accoucha d'un enfant presque à terme.

Après cet accouchement, qui se fit presque sans douleurs, la malade se trouva très-soulagée et les personnes appelées à donner des soins en l'absence de notre confrère se laissèrent aller, en voyant le volume du ventre si diminué, à penser que tout le liquide retiré jusqu'alors par la ponction provenait d'une hydropysie de l'amnios. On reprit donc grand espoir. Mais bientôt le liquide se reproduisit avec une abondance telle, que six semaines après l'accouchement, M. Marchal fut obligé de pratiquer une nouvelle ponction.

Comme les suites de couches n'avaient présenté aucun trouble notable dans leur évolution, et que d'ailleurs assez de temps s'était écoulé depuis, pour que l'ovariotomie pût à nouveau être proposée, notre confrère usa de toute son influence auprès de la malade et des personnes qui l'entouraient afin de la décider à accepter cette opération qui seule

pouvait lui offrir les chances de salut que chaque jour passé semblait rendre plus précaires.

Consulté à cette époque, M. Nélaton déclara qu'il fallait sans aucun délai tenter l'opération, qui, bien que pratiquée dans les conditions les moins probables de réussite, était dès lors la seule ressource. Mais ce ne fut encore que huit jours après cette consultation que la malade se décida à me faire appeler.

Lorsque pour la première fois je vis Mme Calvet, l'état général était si effrayant qu'au premier abord je ne conçus aucun espoir. Pâle, amaigrie, découragée, la malade se tenait assise sur son lit, pouvant à peine respirer et se plaignant des plus vives douleurs. Le pouls était petit, fréquent et battait 108 pulsations. La peau, moite, odorante, était froide aux extrémités, bien que la malade se plaignît d'une sensation de chaleur tellement vive qu'elle refusait de rester couverte. L'abdomen semblait commencer au-dessous des clavicules et formait un relief presque monstrueux, descendant jusque sur les genoux. De grosses veines dilatées sillonnaient en grand nombre sa surface. Ses parois, au-dessous de l'ombilic, de même que les membres pelviens, étaient le siége d'un œdème considérable. En outre, du côté des voies digestives, la malade se plaignait d'être en proie depuis plusieurs jours à des douleurs plus vives et à des vomissements plus opiniâtres qu'autrefois. Enfin, un symptôme qui frappa vivement mon attention, ce fut la présence d'une diarrhée fétide et sanguinolente, presque dysentérique.

Les urines, rares et épaisses, exhalaient une odeur nauséabonde, et, par le vagin, s'écoulait un liquide séro-purulent d'assez mauvaise nature.

A l'aide du palper et de la percussion, je reconnus que, conformément aux renseignements qui m'avaient été donnés, la tumeur qui remplissait la cavité abdominale était formée par un kyste multiloculaire dont l'une des loges renfermait à elle seule la presque totalité du liquide. Les intestins étaient refoulés tout au pourtour de la tumeur et de tous côtés avaient contracté adhérence avec elle. L'utérus, abaissé et incliné à droite, était dépourvu de mobilité et semblait, de même

que les autres viscères abdominaux et thoraciques, fortement comprimé par la production morbide.

Ces symptômes, joints aux renseignements que je pus recueillir et qui démontraient clairement que la malade avait eu plusieurs péritonites antérieures, me permirent d'affirmer que le kyste était adhérent, au moins dans la plus grande partie de son étendue, avec le péritoine viscéral et pariétal au contact duquel il était placé.

Il me parut aussi de toute évidence que la fièvre hectique, qui depuis plusieurs jours minait les dernières forces de la malade, devait être expliquée par la décomposition du liquide contenu dans la poche et par l'inflammation suppurative qui s'était manifestée avec violence.

Je fis part au père de la malade de toutes les craintes qui m'étaient inspirées. Je lui déclarai que sous deux ou trois jours au plus, la mort surviendrait, et que je n'étais pas disposé à tenter une opération dans de pareilles conditions.

Mais, en présence de la douleur poignante dont ce malheureux père donna le tableau ; en présence des souffrances horribles de la malade qui conservait toutes ses facultés intellectuelles et qui voyait sa vie près de s'éteindre ; vaincu par l'amitié que M. Marchal portait à la famille, me rattachant enfin à l'espoir donné quelques jours auparavant par mon vénéré maître dont la prudence n'a d'égale que son habileté, je consentis à opérer.

L'opération fut faite sur-le-champ, en présence de M. Marchal, avec l'aide exercée de MM. les docteurs Château, Cossé, Désarènes, Baudin et Ordoñez, qui m'avaient déjà si heureusement assisté dans les opérations antérieures.

La malade ayant été soumise par Ordoñez aux inhalations du chloroforme, je pratiquai sur la ligne médiane une longue incision s'étendant du pubis à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. Je divisai successivement les parois œdématiées jusqu'au péritoine, et je liai six vaisseaux assez volumineux situés dans les couches sous-cutanées, de façon à ne laisser perdre inutilement à la malade aucune goutte de sang. Le péritoine fut alors incisé avec précau-

tion et le kyste apparut soudé dans toute l'étendue de sa face antérieure à la paroi abdominale par des adhérences extraordinairement fortes et vasculaires.

Je ponctionnai le kyste à l'aide du trocart volumineux que j'ai fait construire par M. Mathieu dans le but d'obtenir une évacuation rapide du liquide, et je constatai que ce kyste contenait, comme nous l'avions supposé, une sérosité épaisse, roussâtre, mélangée à une quantité considérable de gaz fétides, de pus et de globules sanguins décomposés.

Je vidai ensuite et successivement plusieurs loges, et de même je constatai que les liquides qu'elles contenaient étaient non moins remarquables par leur état de décomposition avancée.

Restait à détacher les adhérences fortes et vasculaires qui reliaient le kyste à la paroi abdominale. Je dus pour cela user de la plus grande précaution, sous peine de voir apparaître une pluie sanguine dont l'abondance eût suffi pour provoquer une mort immédiate. A force de patience, en usant tantôt du doigt, tantôt de l'extrémité mousse d'instruments appropriés, je parvins cependant à détacher ces adhérences sans effusion de sang. Mais le défaut de résistance des parois du kyste accrut singulièrement les difficultés de cette manœuvre opératoire. Ces parois presque aussi minces, sur certains endroits, qu'une feuille de papier, et sur lesquelles il fallait cependant prendre point d'appui, sur lesquelles même il fallait de préférence faire porter l'effort nécessaire au détachement des adhérences,—ces parois cédaient à chaque instant, et, par les déchirures qui se produisaient, j'étais incessamment exposé à voir passer dans le péritoine une certaine quantité du liquide septique qui, malgré tous mes soins, séjournait dans l'un des nombreux recoins des vastes loges de la tumeur. Fort heureusement, et grâce à l'extrême habileté des aides, cette dernière complication fut évitée.

Tout en décollant les adhérences, j'eus soin, chemin faisant, de faire comprimer avec les doigts des aides qui renversaient en dehors les parois de l'abdomen, les nombreux orifices des petits vaisseaux intéressés. Seuls, les plus volumineux furent liés avec un fil excessivement fin.

Ce fut avec le même soin et la même lenteur que je dus procéder au détachement des anses intestinales de l'épiploon, du mésentère, et de tous les organes recouverts par le péritoine pelvien. Mais l'étendue trop grande des adhérences épiploïques et de plusieurs brides qui provenaient de ces divers organes nécessita leur section qui fut faite à l'aide de l'écrasement et de la cautérisation.

Toutes ces manœuvres purent être exécutées sans que la malade ait perdu plus de vingt grammes de sang et sans que je fusse obligé de laisser plus de huit ligatures dans la cavité abdominale. Mais elles avaient exigé une heure et demie environ d'un travail excessivement fatigant pour le chirurgien et pour les aides. Je fus cependant aussi satisfait que possible du résultat obtenu en songeant aux difficultés effrayantes que nous venions de combattre.

J'étais arrivé alors au fond du bassin, et, en détachant les dernières adhérences, je fus assez heureux pour constater que le pédicule, bien que très-vasculaire, n'offrait qu'un diamètre de quatre centimètres. Voyant que ce pédicule, implanté sur le ligament large du côté droit, se confondait avec lui, était très-court et ne pourraît être attiré à l'angle inférieur de la plaie sans qu'un tiraillement dangereux fût exercé, je n'hésitai pas à l'étreindre dans un clamp et à le cautériser. Ce dernier temps de l'opération fut exécuté rapidement et put être fait sans qu'il fût nécessaire d'appliquer aucune ligature.

La tumeur était alors complétement extraite; la surface de section des parties saines fut reportée dans la cavité abdominale, et, avant de procéder à l'occlusion de la plaie, nous eûmes bien soin de nous assurer, en introduisant les éponges jusqu'au fond du bassin, qu'il ne restait aucune trace de liquide.

La plaie fut réunie par six points de suture profonde faite à anses séparées à l'aide de fil métallique, et par cinq points de suture superficielle faite avec des épingles (suture entortillée).

Pendant tout le temps de l'opération, la malade avait eu un sommeil calme et à peine troublé, dans les premiers instants, par quelques vomissements chloroformiques.

Ce jour-là, la respiration fut fort libre; le pouls, bien que faible, ne s'éleva pas au-dessus de 88 pulsations; des boissons glacées et alcooliques furent prises avec plaisir. L'abdomen, maintenu convenablement, demeura souple et ne fut aucunement douloureux.

La nuit qui suivit l'opération, il y eut quelques vomissements chloroformiques qui déterminèrent à peine quelques douleurs du côté de la plaie. Mais comme la miction ne pouvait se faire spontanément, il fallut recourir au cathétérisme qui fut un peu douloureux à cause de l'irritation ancienne qui existait sur la muqueuse vésicale. Ce cathétérisme donna issue à une urine dont l'odeur était repoussante. Il en fut de même le lendemain.

Le deuxième jour, dans la matinée, lorsque je revins, je trouvai la malade pleine de joie et d'espérance, heureuse d'avoir obtenu un soulagement aux douleurs qu'elle avait si longtemps supportées. Au palper, l'abdomen était souple, indolent. Le pouls n'avait pas sensiblement augmenté de fréquence. Mais si la respiration était moins gênée qu'avant l'opération, elle restait un peu anxieuse, et le faciès satisfaisant de la malade tranchait vivement avec la persistance de quelques-uns des symptômes qui m'avaient tant effrayé avant l'opération, je veux parler par exemple de cette sensation de chaleur excessive avec refroidissement des extrémités, sensation dont la malade continuait à se plaindre.

Pendant la journée, elle prit avec plaisir des boissons toniques et un peu de bouillon. Deux sacs remplis de glace furent maintenus sur l'abdomen.

Pendant la nuit qui suivit, il y eut encore un vomissement chloroformique. Mais bien que l'état local fût très-satisfaisant, je notai, non sans regret, l'augmentation de la faiblesse et de la fréquence du pouls; je notai aussi la persistance de la dyspnée.

La gravité de ces symptômes apparut encore plus manifestement le troisième jour, et, comme je l'avais prévu, malgré la conservation complète de la connaissance, malgré le défaut de tympanisme, l'absence de toute douleur du côté du ventre, bien que la miction et la défécation s'exécutassent spontanément et normalement, les troubles de la respi-

ration et de la circulation continuèrent à s'accroître. Bientôt nous vîmes les forces disparaître et la vie s'éteindre sans qu'il fût possible ni aux précautions hygiéniques les plus sévères, ni à la médication tonique la plus empressée, de lutter contre l'intoxication qui, avant même notre opération, avait pénétré cet organisme, épuisé d'ailleurs depuis si longtemps par de continuelles et terribles souffrances.

L'autopsie ne put être faite; mais le corps se décomposa avec une extrême rapidité.

Remarques.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur cette observation pour voir que l'opération a été faite dans des conditions de santé tellement mauvaises que le résultat fatal était presque assuré. La malade était sur le point de succomber au moment où je consentis, à mon grand regret, à prêter la main à cette opération, et je ne crains pas d'affirmer que, dans tout autre pays que Paris, les chances de mort n'auraient pas été moins grandes.

IXe OBSERVATION.

—

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE GAUCHE. — ADHÉRENCES GRAVES. — EXCISION DE L'ÉPIPLOON ET DU PÉDICULE PAR ÉCRASEMENT SUIVI DE CAUTÉRISATION.

Mme Paluel, née en 1824, dans la Savoie, a été traitée à plusieurs reprises, pendant son enfance, pour des accidents qui ont été rattachés à une constitution lymphatique. Depuis lors, elle a eu un rhumatisme de forme goutteuse ou asthénique qui a successivement occupé et déformé plusieurs jointures, et en particulier celles des doigts et de la main.

A partir de l'âge de 18 ans, elle avait toujours été assez bien réglée; mais, s'étant mariée vingt-deux ans plus tard, elle ne vit plus que deux ou trois jours à chaque époque.

En 1864, elle accoucha à terme, mais son enfant mourut en nourrice à deux mois et demi. En 1865, au commencement d'une nouvelle grossesse, elle ressentit dans le côté gauche du bas-ventre une douleur persistante, et, le 12 août de la même année, une fausse couche eut lieu. Au mois de novembre suivant, après un retard de six semaines à deux mois, une perte se manifesta pour laquelle fut appelé M. le docteur Dupont. Notre confrère ne trouva rien de matériel qui lui démontrât que la perte fût due à une fausse couche, mais il constata, en arrière et un peu au-dessus du col, une partie dure, résistante, qu'il supposa être l'utérus placé en rétroversion.

Les règles ne reparurent pas, et, le 6 janvier 1866, il y eut encore des douleurs vives dans le flanc gauche qui persistèrent pendant un certain temps.

Le 12 juillet 1866, les douleurs de l'accouchement se manifestèrent, le ventre étant gros comme celui d'une femme à terme. On constata une présentation du siége et on obtint un enfant mort, âgé de six mois et quelques jours. Après la délivrance, notre confrère, trouvant une

tumeur molle et fluctuante qui remplissait le bas-ventre jusqu'à l'ombilic, crut d'abord à la présence d'un second produit; mais l'absence de parties fœtales et de pulsations cardiaques lui fit bientôt rejeter cette hypothèse : il lui fallut reconnaître l'existence d'un kyste de l'ovaire dont l'accroissement pendant la grossesse avait été très-rapide. — Le rétablissement de Mme Paluel eut lieu sans accident.

En juin 1867, le kyste avait beaucoup grandi et des douleurs très-vives reparurent. Appelé en consultation, je reconnus que la tumeur, dont le volume était considérable, était formée de loges extrêmement nombreuses et que l'extirpation seule pouvait être proposée. Cette opinion, acceptée par le médecin de la malade, fut repoussée par elle avec d'autant plus d'énergie qu'un autre confrère venait de lui promettre une guérison prompte et radicale à l'aide de moyens purement chimériques.

Pendant quatre mois, abandonnant son médecin ordinaire qui lui portait un très-vif intérêt, elle perdit un temps précieux; et il ne fallut rien moins que l'accroissement rapide et réellement effrayant de la tumeur, que l'apparition de douleurs excessives, pour faire concevoir à la malade et au médecin qui la trompait le plus profond découragement.

La malade retourna alors chez le docteur Dupont, qui hésita d'abord à songer à la possibilité de l'ovariotomie, tant était grand le développement de l'abdomen. Considérant toutefois que la tumeur, par son volume, allait infailliblement, dans l'espace de quelques jours, conduire la malade au tombeau, il me pria de juger par moi-même de l'état des choses et de voir si l'ovariotomie aurait encore quelques chances de réussite.

La tumeur était tellement considérable que l'abdomen paraissait impuissant à la contenir : en avant, elle amincissait toute l'étendue de la paroi antérieure; en haut, elle soulevait fortement les côtes et les organes sous-diaphragmatiques; en bas, elle tombait au devant des cuisses jusqu'au voisinage du genou. Il en résultait que la respiration était courte, haletante, que l'estomac rejetait les aliments et les boissons

presqu'aussitôt après leur ingestion, que les urines étaient fréquentes, que la station et la marche étaient à peu près impossibles. Les membres pelviens étaient œdématiés de même que l'hypogastre. Des veines dilatées, volumineuses, visibles à travers la peau, sillonnaient les côtés du ventre et du thorax. Les règles avaient à peine paru depuis trois mois. L'émaciation était extrême et les médecins qui virent la malade à cette époque émirent comme moi l'opinion que la moindre perte de sang suffirait pour produire une mort immédiate.

Bien que l'examen le plus superficiel démontrât que la tumeur était composée de loges nombreuses dont la plupart contenaient un liquide trop épais pour être évacué par la ponction, ayant constaté par la percussion qu'il n'y avait dans le ventre aucune trace d'ascite, que les intestins, reconnaissables à leur sonorité, étaient groupés au-dessus de la tumeur et sur ses côtés, et qu'enfin l'une des loges périphériques placées à la partie supérieure et droite de la tumeur contenait une grande quantité de liquide peu fluctuant, je plongeai dans cette loge un trocart un peu plus gros que celui qui sert habituellement à la ponction des hydrocèles. J'espérais, en évacuant le contenu de cette loge et en favorisant sa rétraction, augmenter l'étendue des mouvements respiratoires et peut-être diminuer la longueur de l'incision que je me proposais de faire, peu de jours après, à la paroi abdominale, pour extraire la tumeur.

Voyant que cette ponction ne donnait issue qu'à une très-petite quantité d'un liquide verdâtre, épais et filant comme le macaroni, je retirai la canule et nous remîmes l'opération au surlendemain.

L'opération fut faite le 30 décembre 1867, à la Maison de santé tenue par M[me] Hudde, 84, rue du Cherche-Midi, en présence de MM. les docteurs Amussat, Cartaux, Cossé, Delagrandière, E. Dupont, Gaudin, Ordoñez et Saurel. La malade fut soumise à l'action du chloroforme par Ordoñez.

L'incision fut conduite sur la ligne blanche depuis le pubis jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle divisa successivement toutes les couches qui recouvraient le péritoine sans qu'il fût

besoin de porter plus de cinq ligatures sur les vaisseaux qui furent intéressés. Mais au moment où j'allais diviser la séreuse sur la sonde cannelée, la malade fut prise brusquement de vomissements chloroformiques tellement intenses que nous crûmes un instant, malgré tous les soins que nous prîmes à rapprocher de chaque côté de la ligne médiane les chairs divisées, que le péritoine allait se rompre sous l'influence des contractions diaphragmatiques.

Aussitôt que ces dernières eurent cessé, je divisai le péritoine dans toute la longueur de l'incision, et je fus étonné de voir qu'un liquide assez abondant, semblable à celui que j'avais extrait par la ponction, tendait à s'écouler au dehors, en même temps que la paroi antérieure de la tumeur faisait saillie entre les lèvres de l'incision.

Je ponctionnai alors, à l'aide d'un très-gros trocart, une des principales loges qui me donna plusieurs litres de liquide. J'avais eu soin, pendant ce temps, de faire fixer la tumeur par M. Saurel, à l'aide de pinces à mors larges et dentés, de façon à prévenir toute effusion de liquide dans la cavité abdominale. Lorsque cette poche nous parut vidée, l'ouverture qui lui avait été faite fut solidement fermée, mais il fut assez difficile de l'attirer au dehors, car la tumeur avait peu diminué. Cependant, à mon grand étonnement, le péritoine contenait une très-grande quantité d'un liquide tout à fait semblable à celui que j'avais retiré par la ponction pratiquée deux jours avant l'opération, et je fus forcé de reconnaître que les douleurs violentes, les vomissements et les symptômes de péritonite qui s'étaient manifestés à la suite de cette ponction, étaient dus à ce que la poche que j'avais explorée avait versé dans la cavité séreuse tout son contenu (six litres environ). Une partie de ce liquide s'écoula spontanément par la plaie, pendant qu'à l'aide d'incisions assez larges pour introduire les doigts, je déchirais et je vidais successivement les loges presque innombrables dont se composait la tumeur.

Lorsque la masse eut été assez réduite pour qu'il fût possible d'examiner facilement les rapports de la tumeur avec les parties voisines, je vis qu'elle était fortement adhérente avec l'épiploon, la paroi anté-

rieure de l'abdomen au voisinage du foie, et avec quelques anses intestinales. Toutes ces adhérences furent détachées successivement avec le doigt. Mais voyant que quelques-unes d'entre elles nécessiteraient de trop nombreuses ligatures, je les écrasai avec un clamp spécial (fig. 23) et je les détruisis linéairement avec le cautère actuel.



Fig. 23. — *Clamp à vis*, construit sur mes indications par M. Mathieu, pour la cautérisation.

J'arrivai ainsi jusqu'au pédicule qui était implanté dans le ligament

large du côté gauche. Il était fibreux, long de 3 centimètres et avait environ 4 centimètres de diamètre.

J'appliquai sur ce pédicule, aussi près que possible de la tumeur, un lien très-serré, au-dessus duquel j'excisai les restes du kyste qui furent ensuite retirés. Mais voyant qu'il serait nécessaire, pour l'attirer vers l'angle inférieur de la plaie, d'exercer sur les organes contenus dans le bassin un tiraillement dangereux, je n'hésitai pas à le saisir dans mon clamp recourbé, à le sectionner, et à le cautériser avec le fer rouge. Je replaçai ensuite les parties saines dans le bassin, en ayant soin de placer préalablement une ligature sur un vaisseau qui menaçait de donner du sang à la surface de la section. Puis je retirai, à l'aide d'éponges, les restes du liquide contenu dans le fond du bassin, et je m'assurai, avant de procéder à la fermeture de l'incision abdominale, que l'ovaire du côté droit était sain et qu'il ne restait aucune trace de liquide sanguin ou kystique dans la cavité abdominale.

La plaie extérieure fut fermée complétement à l'aide de six points de suture profonde et de cinq points de suture superficielle, comme je l'avais fait précédemment.

L'opération avait duré deux heures.

Bien que la chambre dans laquelle avait eu lieu l'opération eût été chauffée, la température extérieure était tellement rigoureuse que la malade avait les extrémités très-froides au moment où nous la reportâmes dans son lit. Aussi toutes les précautions nécessaires furent-elles prises pour la réchauffer le plus vite possible.

Pendant le reste de la journée, elle ne se plaignit d'autre malaise que de celui qui provenait du chloroforme. Elle prit quelques boissons excitantes et alcooliques. A plusieurs reprises, elle eut un sommeil paisible qui se prolongea pendant la nuit. La malade d'ailleurs possédait un calme et une résignation qui furent des plus favorables. Le pouls conserva la faiblesse qu'il avait avant l'opération, et donna seulement 84 pulsations.

Le deuxième jour, il y eut du côté du ventre quelques douleurs qui cédèrent à l'application de vessies de glace. Aucun symptôme important ne se manifesta. La malade prit avec plaisir du bouillon gras au-

quel on avait mêlé un peu de jus de viande. Le pouls présenta un peu plus de force, sans être plus fréquent que la veille. On enleva ce jour-là les points de suture superficielle.

Le quatrième jour, on retira tous les points de suture profonde et on les remplaça par un grand nombre de points de suture collodionnée. Mais, ce même quatrième jour, les règles apparurent. Cette apparition fut précédée de douleurs assez fortes du côté de l'utérus, et suivie de quelques vomissements alimentaires et d'un peu de météorisme.

Ces derniers symptômes, les seuls d'ailleurs dignes d'appeler notre attention, acquirent au sixième jour une assez grande importance. Le météorisme fut si considérable que le ventre, douloureux et tendu, reprit rapidement un volume presque aussi grand que celui qu'il avait avant l'opération. La respiration elle-même devint gênée. Plusieurs fois il y eut quelques vomissements alimentaires. Le pouls, plus faible encore qu'autrefois, donna jusqu'à 118 pulsations. La miction cessa, pendant quelques jours, d'être facile. Enfin, aucune émission de gaz ne se faisait ni par la bouche, ni par l'anus. Mais, malgré cet état, le moral de la malade était excellent.

M. Dupont, qui seul, pendant ce temps, donnait à la malade ses soins non moins assidus qu'éclairés, administra, soit par l'estomac, soit par l'anus, une certaine quantité de sous-nitrate de bismuth, de charbon végétal, de magnésie calcinée, une infusion d'anis qu'il associa méthodiquement à de petites doses de sulfate de quinine et de morphine. Sous l'influence de cette médication, il vit bientôt les symptômes alarmants disparaître. Mais ce fut surtout le 15 janvier que la malade ressentit un bien-être complet à la suite de l'émission d'une quantité considérable de gaz. A cette époque, l'amélioration fut telle que la malade put descendre de son lit et, bientôt après, rester levée la plus grande partie de la journée. Enfin, elle prit une alimentation plus substantielle, les forces revinrent rapidement, et, dès le vingtième jour, elle serait retournée à ses occupations ordinaires si elle n'en avait été empêchée par nos conseils. Depuis lors, aucun traitement spécial ne lui fut prescrit.

Au mois de février, les menstrues ne reparurent pas à l'époque

ordinaire; mais elles revinrent assez fortes le 4 et le 19 mars suivant, et durèrent plusieurs jours. Elles se montrèrent ensuite le 19 avril et le 19 mai avec la plus grande régularité, et l'état général est aujourd'hui tellement satisfaisant qu'on peut considérer cette guérison comme définitive et comme faisant honneur à la chirurgie.

Il est même à remarquer que la malade, qui souffrait fréquemment du côté des jointures, et plus particulièrement aux doigts, qui étaient déformés, de douleurs revenant par crises, dues à la maladie goutteuse ou rhumatismale dont elle est affectée, a ressenti un soulagement considérable dans toutes ses articulations depuis que l'opération a été pratiquée.

Remarques.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres. Elle montre : 1° que l'ablation des kystes multiloculaires est encore possible lors même qu'ils ont atteint le plus grand volume; 2° que la diathèse goutteuse ne ralentit pas sensiblement les progrès de la guérison; 3° enfin, que les chances de succès sont au moins aussi grandes à Paris que dans les autres villes. En effet, s'il est vrai que la chambre dans laquelle la malade a été opérée était grande, spacieuse, et donnait sur un petit jardin, par contre la maison de santé désignée dans l'observation est située au centre de Paris, au fond d'une cour étroite et entourée de hautes maisons qui pouvaient, en apparence du moins, empêcher l'air de circuler librement.

Xe OBSERVATION.

—

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE SIMULANT PAR LA LARGEUR DE SON PÉDICULE UNE TUMEUR FIBRO-CYSTIQUE DE L'UTÉRUS. — DÉTACHEMENT PAR LE MORCELLEMENT SUIVI DE LA CAUTÉRISATION. — MORT PAR SUITE DE PÉRITONITE PELVIENNE PRODUITE PAR L'APPLICATION D'UN TUBE DE VERRE.

Le 10 avril 1868, je fus appelé par l'un de nos confrères les plus distingués, M. Maximin Legrand, auprès de Mme Annette X..., âgée de 35 ans, exerçant à Paris la profession de cuisinière.

Réglée à 17 ans, Annette X... était, il y a une quinzaine d'années, excessivement chlorotique, et notre confrère, qui la soigna dès cette époque, dut lui administrer pendant longtemps les ferrugineux. Elle a, en outre, toujours été d'un tempérament nerveux et très-impressionnable. Mariée il y a huit ans, elle a eu un premier enfant qui est mort; puis elle en a eu un second qui est âgé de deux ans.

Au moment de son dernier accouchement, on constata, à la partie inférieure de l'abdomen, la présence d'une tumeur qui gêna considérablement le travail, car on fut obligé de la refouler pour faciliter la descente de la tête dans le petit bassin.

Depuis cette époque, l'état général a toujours été mauvais, et Annette n'a cessé de se plaindre d'inappétence, de douleurs abdominales avec tendance aux syncopes.

Le ventre ayant, sur ces entrefaites, présenté un certain accroissement de volume, notre confrère, après examen attentif, n'hésita pas à soupçonner la présence alarmante d'un kyste de l'ovaire, et ce diagnostic ne tarda pas à se confirmer, car bientôt la tumeur fit des progrès rapides et s'éleva du côté de l'ombilic.

Cependant la malade tombait dans une tristesse de plus en plus profonde, dont elle ne sortait que pour manifester, au sujet de son mal, les craintes les plus vives. D'autre part, M. Legrand, dès le début de

l'affection, avait reconnu que le kyste était constitué par un grand nombre de loges et que l'ablation constituait le seul mode de traitement qui pût être proposé. Malgré la conviction persuasive de notre confrère, la malade, dont le système nerveux était, comme nous l'avons dit, extrêmement impressionnable, recourut tout d'abord à la temporisation, et ce fut seulement dans les premiers jours d'avril qu'elle se décida à réclamer les secours de la chirurgie.

Au moment où je fus appelé, Annette X..., bien que sa constitution fût profondément affaiblie par les troubles de voisinage non moins que par des préoccupations morales excessives, présentait encore un aspect général assez satisfaisant. L'abdomen était, il est vrai, distendu par une tumeur volumineuse qui remontait jusqu'au voisinage des hypocondres, mais cette tumeur, malgré son grand développement, paraissait être assez mobile et dépourvue d'adhérences. Le palper et la percussion permettaient de constater que le kyste était composé d'un grand nombre de loges, dont les unes contenaient un liquide peu épais, tandis que d'autres étaient dures et semblables à des masses fibreuses; mais il n'y avait aucune trace d'ascite, et les intestins, reconnaissables à leur sonorité, étaient refoulés sur le pourtour de la production morbide.

Le toucher vaginal montrait que l'utérus, incliné à gauche, avait conservé sa mobilité, et que la tumeur, qui refoulait le cul-de-sac vaginal, était bien circonscrite et s'implantait par une large surface au niveau du corps de l'utérus et du ligament large du côté droit.

La menstruation était régulière et assez abondante. Bien que l'urine conservât ses caractères normaux, le besoin d'uriner se faisait fréquemment sentir. Le travail de la digestion, lent et pénible, s'accompagnait de douleurs gastriques et même de vomissements. La respiration était gênée, et, quoique l'auscultation ne démontrât, ni du côté du cœur, ni du côté du poumon, aucun trouble notable, le pouls était faible et fréquent.

En présence de tous ces symptômes, je restai convaincu qu'il était urgent de procéder à l'extraction du kyste, sous peine de voir bientôt

certaines de ses loges s'enflammer et devenir le point de départ d'adhérences qui plus tard compliqueraient de difficultés considérables le manuel opératoire.

D'abord vivement repoussée, l'opération, sous l'influence de l'aggravation des troubles fonctionnels qui ne tarda pas à se manifester, finit cependant par être acceptée. Mais tout en s'y résolvant, la malade demeura dans un état de stupeur profonde qui ne laissa pas que de nous inspirer les craintes les plus vives.

L'opération fut pratiquée le 23 avril en présence de plusieurs confrères distingués qui voulurent bien, ainsi que M. Legrand, me prêter leur précieux concours.

La malade ayant été soumise aux inhalations du chloroforme, une incision longue de vingt centimètres fut faite, sur la ligne blanche, à partir du pubis, jusqu'à plusieurs travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle divisa successivement la peau, la couche adipeuse sous-cutanée épaisse de quatre centimètres, l'aponévrose intermusculaire et les tissus sous-jacents jusqu'au péritoine pariétal. Ce temps de l'opération nécessita la ligature de six artères. Le péritoine fut ensuite incisé sur une sonde cannelée, et la tumeur attirée vers la plaie.

Je ponctionnai alors plusieurs loges qui paraissaient très-fluctuantes, sans parvenir à en évacuer le contenu qui était trop épais et gélatineux pour pouvoir sortir par le trocart ordinaire. Mais l'exploration m'ayant fait trouver sur l'un des côtés de la tumeur une poche qui me sembla plus large et plus fluctuante que celles qui restaient à choisir, j'y pratiquai une ponction à l'aide de mon trocart qui, en raison de son gros calibre, permit d'évacuer très-rapidement huit litres environ d'un liquide jaunâtre et légèrement visqueux.

Cet écoulement diminua singulièrement le volume de la tumeur. Mais, ne pouvant rencontrer d'autres loges un peu volumineuses, j'incisai du même coup plusieurs d'entre elles, de façon à introduire la main dans leur intérieur et à déchirer le plus grand nombre possible des cloisons qui les séparaient. A l'aide de cette manœuvre, je reconnus qu'une portion considérable de cette masse était composée d'aréoles

fibreuses trop résistantes pour céder à la pression des doigts et que le bistouri seul pourrait vider leur contenu presque solide. Des incisions furent donc pratiquées jusqu'à ce que la tumeur fût assez réduite pour qu'on pût l'attirer hors de l'abdomen. Mais il est bien entendu que toutes ces incisions furent faites avec précaution sur les points qui contenaient le moins de vaisseaux, et que les plus volumineux de ceux qui ne purent être évités furent assez rapidement liés pour que toute perte de sang fût épargnée. Ces ligatures au reste n'offrirent pas de difficulté sérieuse, car elles portèrent pour la plupart sur des vaisseaux qui siégeaient à la surface du kyste.

Ce fut seulement lorsque la tumeur eut été divisée successivement en plusieurs portions que je pus constater que, bien qu'elle eût occupé dans la cavité abdominale un espace considérable, elle n'était retenue aux organes voisins par aucune adhérence difficile à vaincre.

Cette circonstance heureuse m'avait jusqu'ici permis de conduire l'opération avec rapidité : une demi-heure avait suffi pour arriver à déterminer assez nettement quel était le mode d'implantation de la tumeur, dernier obstacle qu'il s'agissait de surmonter.

Mais je fus alors frappé de la largeur de cette implantation. Il me parut impossible de jeter sans danger autour d'elle un seul lien constricteur, et je n'hésitai pas à la lier en plusieurs portions. Ces ligatures multiples solidement établies, je pus sectionner toute la partie de la tumeur qui masquait encore les organes profondément situés dans le bassin autour de l'implantation. Mais, à mon grand regret, je vis alors que mes ligatures laissaient encore au-dessous d'elles un nombre considérable de loges, et que ces dernières s'étendaient dans l'épaisseur des ligaments larges, jusque sur le tissu même de l'utérus, dont le fond était en partie recouvert par la tumeur. Cette absence totale de pédicule, jointe à l'épaisseur des parois abdominales, me mettait dans l'impossibilité d'appliquer un clamp et d'attirer dans l'angle de la plaie les tissus qu'il s'agissait de conserver. J'eus donc recours à la seule méthode qui fût applicable en pareil cas, et qui m'avait donné ailleurs d'excellents résultats : l'écrasement successif et par portions des tissus à diviser, suivi de la cautérisation.

Ce temps de l'opération présenta des difficultés extrêmement considérables à cause de l'embonpoint excessif de la malade, de l'épaisseur des parois du ventre et de la profondeur à laquelle il fallait agir. Après avoir fait disparaître les derniers vestiges de la tumeur, je m'aperçus qu'à la surface de la section il fallait lier deux ou trois vaisseaux qui, en raison de leur volume, auraient donné une assez grande quantité de sang si je n'avais eu soin, au préalable, de les faire obturer par les doigts des aides. Je pus enfin les saisir avec les pinces et je les liai à l'aide du ligateur automatique du docteur Cintrat, instrument qui, dans plusieurs opérations, m'avait déjà rendu de signalés services et m'avait permis de lier rapidement des vaisseaux profondément situés. Mais les difficultés du manuel opératoire étaient encore accrues par l'apparition de quelques vomissements chloroformiques, et aussi par la tendance qu'avaient les intestins à se précipiter au dehors. Néanmoins, grâce à l'habileté des aides qui m'entouraient, l'opération put être achevée sans que la malade ait perdu plus de 50 grammes de sang.

J'épongeai alors avec soin la cavité abdominale jusqu'au fond du bassin et je procédai à la fermeture de la plaie. Une suture profonde fut faite à l'aide de cinq fils d'argent, et six points de suture entortillée furent placés à la superficie.

Je me disposais, suivant mon habitude, à fermer complétement la plaie, lorsque l'un des aides présents à l'opération, qui avait assisté plusieurs fois mon confrère et ami M. Kœberlé dans des cas analogues, me conseilla vivement, suivant la pratique de ce dernier, de placer dans l'angle inférieur de la plaie un tube de verre long de douze centimètres, dont l'une des extrémités plongerait dans le bassin, tandis que l'autre, recourbée, permettrait l'écoulement des liquides péritonéaux qui viendraient à se produire, si par hasard une péritonite pelvienne se déclarait. Suivant lui, ce moyen, complétement inoffensif, pouvait être d'un grand secours en face de cette redoutable éventualité.

Je n'avais eu, jusqu'alors, pour mon compte, à la suite des extractions de tumeurs abdominales que j'avais entreprises, malgré leur gravité toute spéciale, aucun exemple de péritonite, si ce n'est dans un cas d'extraction d'une tumeur fibreuse excessivement volumineuse et

qui avait nécessité l'ablation d'une portion assez grande de l'utérus. Je n'avais eu non plus aucun exemple d'hémorrhagie consécutive à l'opération et qui pût justifier l'application de ce tube qui, me disait-on, constituait aussi un excellent moyen de reconnaître l'apparition d'un épanchement sanguin. J'avais en outre quelque peine à croire qu'un corps étranger rigide, assez volumineux, et long de 12 centimètres, fût-il de verre ou de toute autre substance aussi peu irritante, pût être laissé sans danger au contact d'une membrane aussi inflammable que le péritoine. Je craignais, d'autre part, que ce tube, incapable d'adhérer aux lèvres de l'incision, ne pût empêcher le pus qui se formerait autour de lui de descendre dans la cavité abdominale et d'y déterminer tous les accidents d'une péritonite suppurée.

Pour toutes ces raisons, j'avais, jusqu'à ce jour, repoussé avec énergie toute application de ce genre, et tout au plus avais-je disposé autour du pédicule, comme on a pu le voir dans mes premières observations, quelques tubes élastiques fenêtrés et de petit calibre. Ces tubes avaient été laissés autour du pédicule et dans l'angle inférieur de la plaie, de façon à faciliter, en suivant la direction oblique de cette dernière, l'écoulement des liquides putrides qui tendaient à s'accumuler au-dessous du clamp et dont je craignais l'introduction dans l'abdomen.

Quoi qu'il en fût, et bien que mon opinion n'eût été suffisamment modifiée ni par les conversations que j'avais eues à ce sujet avec M. Kœberlé, ni par la lecture des observations qu'il venait de publier, j'acceptai cependant la proposition qui m'était faite, et je plaçai ce tube, bien décidé d'ailleurs à l'extraire dès que je verrais éclater autour de lui quelque symptôme de mauvais augure.

Pendant la journée, l'état de la malade fut des plus satisfaisants. Le soir, lorsque je la vis, elle se plaignit seulement d'un peu de douleur du côté du bassin, et c'est à peine s'il s'écoula par le tube quelques gouttes d'un liquide visqueux, clair et transparent. Le pouls battait 82 pulsations.

Pendant la nuit qui suivit, le sommeil ne fut interrompu que par quelques vomissements chloroformiques.

Le deuxième jour, il n'y eut, pendant la matinée, d'autre symptôme important qu'un écoulement de liquide d'un blanc jaunâtre, visqueux, troublé par quelques flocons albumino-fibrineux, et que l'apparition de douleurs pelviennes un peu plus vives, correspondant assez exactement au trajet du tube. Quoiqu'il n'y eût aucun trouble important du côté des autres organes, la douleur qui persistait du côté du bassin m'engagea à temporiser jusqu'au soir pour retirer le tube. Mais, lorsque je revins, je remarquai que l'écoulement du liquide péritonéal était assez abondant ; sa quantité, jointe à celle que j'eus soin d'extraire par l'aspiration au moyen d'un instrument spécial, pouvait être estimée à cent grammes. Le pouls battait 92 pulsations. Les traits, légèrement tirés, annonçaient un peu de réaction.

Bien que l'état général fût en apparence assez satisfaisant, je commençai à m'inquiéter sérieusement de la manifestation des symptômes inflammatoires dont la présence du côté du bassin était de plus en plus accusée. Convaincu dès lors que l'extraction du tube serait insuffisante pour enrayer la marche de cette inflammation, je ne la pratiquai pas. J'espérais que si le tube avait été le point de départ des accidents, il pourrait du moins faciliter l'écoulement des liquides séro-purulents, et en empêcher le déversement sur les autres points de la cavité abdominale.

Le troisième jour, je trouvai en effet une quantité assez considérable de ce liquide dans les pièces des pansements. L'état général était encore, en apparence, rassurant, la malade manifestait même une sensation de bien-être, ne se plaignait plus d'aucune douleur abdominale, mais seulement d'un peu de dyspnée. Il y avait en même temps un peu de météorisme abdominal. Toutefois, le pouls devenait petit, fréquent, misérable au point d'inspirer les plus vives appréhensions, et je fis part à la famille du danger qui se manifestait.

Pendant la nuit qui suivit, ces derniers symptômes s'aggravèrent d'autant plus que la malade, extrêmement pusillanime, tomba dans un découragement complet; et, le quatrième jour, au matin, lorsque je la vis, bien qu'elle conservât toute sa connaissance, je déclarai, en exami-

nant l'état du pouls qui battait 140 pulsations, que la malade ne tarderait pas à succomber.

Cette terminaison survint en effet sans que, sauf la gêne produite par la dyspnée qui s'accroissait de plus en plus, aucune autre souffrance se manifestât.

A l'autopsie, qui fut faite le lendemain avec le plus grand soin, nous constatâmes que la cavité abdominale ne présentait d'autre trace d'inflammation que celle qui existait sur les intestins, dans la portion qui entourait exactement le tube. La vascularisation et la rougeur produites à ce niveau étaient tellement limitées que le tube paraissait en avoir déterminé l'empreinte. Ce fut seulement au fond de la cavité pelvienne que nous trouvâmes du pus logé dans l'intervalle des anses intestinales entre lesquelles était placée l'extrémité inférieure du tube. Rien de semblable n'avait lieu dans le reste de la séreuse péritonéale, ni surtout au niveau de la surface de section de la tumeur; car cette dernière, examinée attentivement, fut trouvée intimement adhérente à quelques anses d'intestins parfaitement saines. Il était donc démontré aussi clairement que possible que la péritonite développée autour du tube, malgré un traitement des mieux appropriés, avait été la seule cause de la terminaison fâcheuse qui venait de s'accomplir.

L'examen du liquide et des pièces qui avaient été extraites chez cette malade montra que le poids de la tumeur, au moment de l'opération, pouvait être évalué à 18 kilogrammes, et qu'une seule loge de cette tumeur contenait environ dix litres d'un liquide clair, jaunâtre, légèrement filant. Dans les loges innombrables dont se composait le reste de la tumeur, les qualités physiques du liquide étaient aussi variables que possible.

Remarques.

J'étais d'autant plus fondé, dans le cas précédent, à espérer le succès, que dans la chambre même où j'opérais, j'avais obtenu une guérison rapide chez une malade dont la tumeur avait

présenté les complications les plus graves. Aussi l'événement permet-il d'établir de la façon la plus positive qu'il est extrêmement dangereux de laisser à demeure, dans la cavité péritonéale, le tube de verre qui vient d'être décrit et dont l'emploi m'a toujours paru avoir été trop préconisé.

XIe OBSERVATION.

—

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE GAUCHE. — MALADE TRÈS-AFFAIBLIE. — VOLUME EXCESSIF DE LA TUMEUR. — PROLAPSUS UTÉRIN. — GUÉRISON TRÈS-RAPIDE.

Mme Lécolle, née en Bourgogne, exerce à Paris, rue Lepic, n° 33, la profession de marchande de meubles. Cette dame est mariée, mais n'a jamais eu d'enfants.

Il y a trois ans, elle s'aperçut que son ventre augmentait rapidement de volume, et consulta M. le docteur Regnault, sans vouloir d'ailleurs se soumettre à aucun traitement. En moins de deux ans, l'abdomen prit un énorme développement, et la malade, naguère robuste et douée d'un certain embonpoint, devint pâle, maigre et tellement faible qu'elle ne pouvait plus qu'à grand'peine se tenir debout. Enfin, divers traitements proposés par plusieurs médecins n'eurent aucun résultat. Ce fut alors qu'acceptant plus docilement les avis de M. Regnault, elle consentit à me consulter.

Disons d'abord qu'il n'existe dans la famille de Mme Lécolle aucun antécédent nosologique qui ait trait à l'affection dont elle est atteinte.

Au moment où, pour la première fois, je vis cette malade, voici ce que je constatai : l'aspect général est profondément cachectique, et il semble que Mme Lécolle soit âgée de plus de 60 ans; la surface du corps est décolorée ; les extrémités, froides et humides. Les membres inférieurs sont le siége d'un œdème considérable qui remonte jusqu'à l'abdomen, et l'extrême développement de ces parties contraste avec l'émaciation de tout le haut du corps. Les veines abdominales sous-cutanées, nombreuses et très-dilatées, sillonnent la peau et semblent relier entre elles la circulation de la moitié inférieure et celle de la moitié supérieure du tronc. A la vulve, une masse saillante, rougeâtre, du volume d'une orange, fait issue au dehors et gêne les mouvements des cuisses.

Au palper, la tumeur abdominale, qui distend les parois du ventre

au point que celles-ci menacent de se rompre, paraît dure en certains points, molle en d'autres endroits, comme il arrive pour les tumeurs fibro-cystiques. Elle semble d'ailleurs être divisée en plusieurs lobes dont l'un, beaucoup plus volumineux que tous les autres, offre aussi une consistance plus liquide, et occupe une grande partie du flanc droit. La fluctuation et la sensation de flot sont facilement perçues au niveau de ce lobe principal.

A la percussion, la matité semble exister partout; mais en conduisant l'examen avec beaucoup d'attention, on découvre sur les côtés une légère sonorité que l'on peut poursuivre en avant et au-dessus de la tumeur, sur le trajet des intestins fortement comprimés et refoulés.

La tumeur abdominale est tout à fait immobile, et il est complétement impossible de déterminer, par le toucher vaginal, son point d'implantation; car il existe à la vulve, comme nous l'avons déjà dit, une masse saillante qui en obture l'orifice. A l'aide des doigts et de la sonde, on constate facilement que cette masse est formée de l'utérus chassé de la cavité pelvienne, et aussi du vagin, de la vessie, et de la paroi antérieure du rectum entraînés dans ce prolapsus. On reconnaît en outre que le bassin est rempli par une tumeur dure qui se continue avec celle de l'abdomen. Enfin, l'utérus et le vagin herniés sont ulcérés en plusieurs points, et, au pourtour de l'anus, se montrent des hémorrhoïdes très-développées. La miction est fréquente et douloureuse.

Le mauvais état des fonctions digestives, qui étaient depuis longtemps en souffrance, avait empiré pendant les dernières semaines, et les repas étaient le plus souvent suivis de nausées et même de vomissements. Maintenant la langue est blanche, l'appétit nul, la soif vive.

La respiration, très-gênée, est fréquente et s'accompagne de quintes de toux convulsives, suivies de l'expectoration difficile de quelques crachats épais. L'oppression est extrême; les bruits du cœur irréguliers; le pouls petit et précipité.

En présence de cet état de choses des plus alarmants, je considérai que la tumeur abdominale était de nature aréolaire, contenait une forte proportion de parties solides, et que son extraction était la seule chance de salut qui fût laissée à la malade; mais celle-ci, que d'intolérables

souffrances rendaient très-irritable, et qui se considérait comme irrévocablement perdue, se refusa obstinément à se soumettre à l'opération, et sa décision fut d'autant plus invincible que son mari se joignit à elle pour repousser mon conseil.

Cependant, à la suite de renseignements qui lui furent transmis, à la suite surtout d'un violent accès d'oppression qui faillit l'étouffer dans la nuit du 28 juillet, la malade réclama elle-même l'opération qu'elle avait d'abord si énergiquement refusée, et, dès le lendemain, je pratiquai, comme je l'avais déjà fait dans quelques autres cas, une ponction préliminaire, afin de diminuer, si faire se pouvait, le volume énorme de la tumeur abdominale, et de permettre aux viscères thoraciques de fonctionner un peu plus facilement.

Cette ponction amena l'évacuation de douze litres d'un liquide jaune, épais, très-visqueux; ce qui me confirma dans mon diagnostic.

A la suite de cette première opération, la malade éprouva du malaise, de la douleur, beaucoup d'anxiété et une inquiétude générale; le pouls devint plus faible et plus fréquent; mais la respiration reprit de la régularité et l'estomac put supporter quelques aliments. La malade alors réclama l'ovariotomie avec une telle insistance que ce fut avec peine qu'on put la faire attendre jusqu'au 3 août.

L'opération fut pratiquée dans la maison de santé de Mme Hudde, 84, rue du Cherche-Midi, en présence et avec le concours de MM. les docteurs Regnault, Ad. Richard, Ad. Andrei (de Florence), Galanti (de Palerme), Barré, Cintrat, Désarènes, Faure, Gaudin. — M. Mathieu, notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, avait bien voulu prêter son concours pour la direction des instruments.

La malade ayant été chloroformée (fig. 24), une longue incision médiane fut pratiquée de l'ombilic au pubis. Plusieurs artères ouvertes par ce premier temps de l'opération furent comprimées à l'aide de pinces et huit autres furent liées. Je sectionnai ensuite les tissus sous-jacents couche par couche jusqu'au péritoine, que je divisai avec précaution sur la sonde cannelée. Je reconnus alors qu'il y avait très-peu d'ascite, et que la face antérieure de la tumeur était adhérente dans une grande

étendue au feuillet séreux pariétal; mais ces adhérences étaient récentes et purent être facilement rompues.



Fig. 24. — *Flacon pour le chloroforme*, construit par M. Guéride, sur les indications de M. le docteur Gaudin. Il a pour avantage de permettre, par un mécanisme très-simple, de verser le chloroforme avec une seule main.

Un des kystes superficiels fut alors ponctionné à l'aide d'un trocart volumineux; mais le contenu était tellement visqueux qu'au lieu de couler par la canule, il se laissait étirer comme du sucre fondu de confiseur. Plusieurs autres poches furent successivement ouvertes, mais leur contenu était encore plus épais et ne put être extrait qu'à l'aide des mains. La coloration de ces matières visqueuses était très-variable : blanche, grisâtre, jaune, verte, et même rougeâtre. Dans quelques poches, le contenu kystique avait un aspect purulent; dans d'autres, un aspect tellement analogue à celui qu'auraient eu des matières fécales, que plusieurs des assistants crurent que l'intestin avait été accidentellement ouvert. La difficulté d'extraction de ce fluide visqueux venait non-seulement de sa consistance, mais aussi de la rigidité des parois loculaires qui résistaient au doigt, et nécessitaient, pour leur ouverture, l'emploi du bistouri et des ciseaux.

Il fallait aussi comprimer, à l'aide de petites pinces spéciales, ceux des vaisseaux divisés qui donnaient du sang.

Lorsque la tumeur fut assez réduite de volume pour permettre qu'on l'attirât en grande partie au dehors, je pus constater qu'elle n'était reliée aux parties voisines par aucune adhérence capable d'ap-

porter un obstacle insurmontable, mais que sa surface externe était sillonnée de vaisseaux sanguins très-développés.

La partie qui offrit le plus de résistance à l'extraction fut celle que contenait le petit bassin. Elle y était si enclavée qu'il fut très-difficile de l'en détacher, même après avoir ouvert plusieurs des poches dont elle était composée.

Quand toute la masse fut au dehors, il me fut facile de voir qu'elle était reliée à l'ovaire gauche par un pédicule d'une assez grande longueur, dont le diamètre mesurait 4 à 5 centimètres, et qui contenait dans son épaisseur un grand nombre de vaisseaux très-volumineux.

Ce pédicule fut traversé par une double ligature et chaque moitié

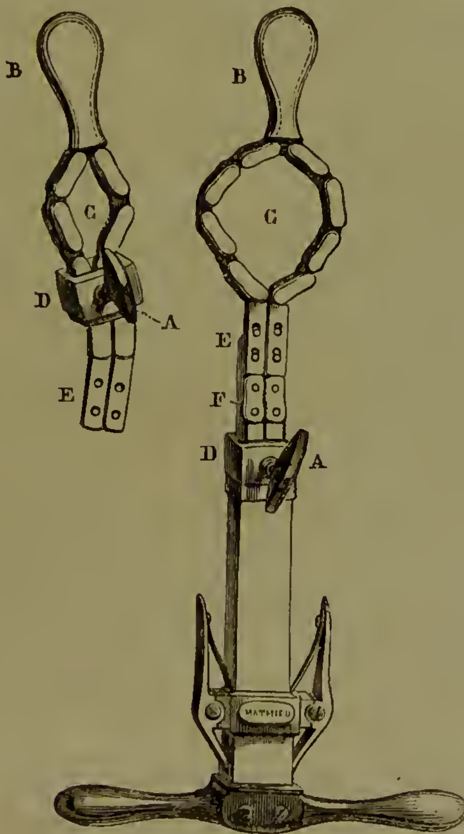


Fig. 25. — *Clamp à chaîne* de M. Mathieu. — On voit qu'après l'application de la chaîne, l'appareil à traction peut en être détaché.

solidement étranglée. Une section fut pratiquée au-dessus des liens constricteurs et un clamp fut posé (fig. 25).

Après avoir constaté que l'ovaire droit était sain, et après avoir soigneusement épongé et nettoyé la cavité péritonéale, je réunis la plaie par six points de suture métallique profonde, et six points de suture superficielle entortillée. Puis j'attirai et fixai dans l'angle inférieur de l'incision le pédicule et le clamp. Enfin, je badigeonnai la surface de section du pédicule avec du perchlorure de fer, et je le soutins à l'aide de quelques lamelles de plomb.

L'opération avait duré trois quarts d'heure et n'avait donné lieu à aucun vomissement chloroformique.

La quantité de liquide évacué était de 15 kilogrammes, et le reste de la tumeur pesait près de 15 kilogrammes.

Pendant le reste de la journée et pendant la nuit qui suivit, la malade se plaignit seulement d'un peu de toux; elle prit des bouillons et des potages; le pouls se maintint à 60.

Le lendemain, 4 août, j'enlevai l'épingle d'une des sutures entortillées. Le pouls s'éleva à 92. Mais la malade, calme et contente, prit avec plaisir du café au lait, des potages et de l'eau rougie.

Le 5, la voix, qui était éteinte avant l'opération, redevint naturelle. Je retirai deux des points de suture profonde et quatre des points de suture superficielle.

Le 6, l'abdomen est souple et indolore. La malade a mangé un peu de rôti.

Le 8, je trouve la plaie en parfait état de réunion et j'enlève les derniers points de suture.

Le septième jour après l'opération, la malade a quelques selles qui produisent un grand soulagement.

Le huitième jour, le clamp se détache.

Le neuvième jour, l'état local aussi bien que l'état général sont tellement satisfaisants que, malgré mes recommandations, la malade s'est levée et vient elle-même m'ouvrir la porte de sa chambre.

A partir de ce jour, la malade resta toute la journée levée ou assise, et put vaquer à ses affaires.

Quant au prolapsus utérin dont nous avons plusieurs fois parlé, il a été facile de s'assurer, à partir du jour de l'opération, que les organes herniés reprenaient leur position normale, grâce à la traction exercée sur eux par le pédicule attiré lui-même dans l'angle inférieur de la plaie.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par M. le professeur Ch. Robin, montra que la partie solide du kyste était surtout constituée par du tissu fibreux. Quant au liquide, il contenait beaucoup d'albumine, des cristaux de cholestérine, des globules sanguins à divers degrés d'altération, quelques rares leucocytes, et pas de traces d'épithélium.

Remarques.

Cette observation, non moins que les précédentes, prouve que l'ovariotomie, pratiquée à Paris, peut être suivie de succès, même dans des cas en apparence peu favorables, et qu'en outre la guérison peut même être tellement rapide qu'il y a lieu d'en être véritablement surpris. Si l'on considère en effet que la malade était arrivée à un âge avancé, qu'elle présentait un état d'amaigrissement extrême, que le volume de la tumeur était excessif, que la réplétion du bassin était portée au point que l'utérus avait été complétement chassé hors de la vulve, et que l'opération avait lieu dans une maison de santé située au centre même de la ville, on est en droit de s'étonner que la malade ait pu reprendre ses occupations dans un temps aussi court.

SPLÉNOTOMIE

SPLÉNOTOMIE

OBSERVATION D'ABLATION COMPLÈTE DE LA RATE

PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS

PAR J. PÉAN

ANCIEN PROSECTEUR
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE PARIS, ETC., ETC.

CONSIDÉRATIONS

PATHOLOGIQUES, CHIRURGICALES ET PHYSIOLOGIQUES

SUIVIES

D'UN HISTORIQUE DE LA SPLÉNOTOMIE

FAIT

PAR M. MAGDELAIN

Interne des hôpitaux de Paris

DEUXIÈME ÉDITION

PARIS

CHEZ GERMER-BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Rue de l'École-de-Médecine, 17

—

1869

AVANT-PROPOS

Je n'insisterai pas sur l'importance du cas chirurgical dont il s'agit ici ; la valeur du résultat obtenu a une signification qui n'échappera à personne. Aussi je me bornerai, après avoir exposé tous les faits, en ne négligeant aucun des détails importants, à en déduire quelques appréciations qui découlent immédiatement de leur examen.

La première partie du travail qui va suivre comprendra l'observation d'une ablation complète de la rate que j'ai pratiquée avec succès (1) ;

La seconde, les considérations physiologiques, pathologiques et chirurgicales qui découlent de cette observation ;

La troisième, l'historique de la splénotomie, qui a été fait avec soin par M. le docteur MAGDELAIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, et qui exerce aujourd'hui la chirurgie avec le plus grand succès à Saint-Étienne.

(1) Je remercie mon excellent ami M. le docteur COSSÉ d'avoir bien voulu recueillir l'observation qui fait le sujet de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE

—

OBSERVATION

Mademoiselle Adèle Cercily, pensionnaire de l'Orphelinat de Saint-Mandé, âgée de 20 ans, d'une constitution assez robuste, d'un tempérament lymphatique (1), avait joui d'une santé satisfaisante jusqu'à l'apparition des premiers symptômes qui se manifestèrent, il y a deux ans, par une augmentation de volume de la région hypogastrique, accompagnée de douleurs vives dans cette partie. Ces symptômes s'accrurent peu à peu, et, deux mois avant l'opération, les souffrances étaient devenues tellement violentes qu'elles arrachaient des cris à la malade et qu'elles l'avaient jetée dans une profonde tristesse et un complet découragement. Ces douleurs, qui n'étaient pas d'ailleurs franchement intermittentes et qui siégeaient surtout dans la fosse iliaque droite, avaient résisté à tous les moyens médicaux.

La malade vint me consulter vers le 20 août : ses souffrances lui étaient devenues si insupportables qu'elle était disposée à ne reculer devant l'emploi d'aucun moyen.

Voici les résultats de l'examen auquel je la soumis à cette époque :

Organisme extrêmement débilité ; anémie poussée à un degré avancé : fonctions digestives profondément troublées ; dysménorrhée ; respiration un peu gênée ; pas d'œdème, encore un peu d'embonpoint.

La malade, sujette à éprouver des mouvements fébriles et tourmentée par des douleurs névralgiques disséminées, est dans un état d'épuisement déterminé surtout par la souffrance.

(1) Plusieurs de ses frères et sœurs, qui sont au nombre de cinq, ont éprouvé des accidents assez graves déterminés par le lymphatisme héréditaire.

Le ventre, dont le développement est très-peu prononcé dans les hypochondres et la région lombaire, est augmenté de volume au niveau de l'hypogastre et présente au milieu de cette région une saillie très-considérable. Cette saillie, dont la surface offre quelques grosses bosselures, est du reste analogue par sa position, son étendue et sa forme à celle que détermine l'utérus gravide dans les dernières semaines de la gestation. La circonférence abdominale mesure 1 mètre 10 centimètres.

La palpation, un peu douloureuse en certains endroits, donne des résultats variables suivant les points : sur la ligne médiane et du côté droit, la fluctuation est très-apparente; au niveau de certaines bosselures, particulièrement du côté gauche, la consistance est plus ferme, solide, et rappelle celle des fibromes.

A la percussion : matité absolue sur toute la surface de la tumeur; perception du flot très-nette dans une grande partie de son étendue; sonorité évidente sur tout son pourtour, à l'épigastre, à l'hypogastre et surtout dans la région lombaire.

La tumeur semble franchement circonscrite sur toute sa périphérie, et en particulier à son contour supérieur. Elle est complétement dépourvue de mobilité.

Le toucher montre intacte la membrane hymen. L'utérus est à l'état normal et semble comme enclavé dans l'épaisseur de la tumeur. Celle-ci l'immobilise, et fait sur ses faces antérieure et postérieure une saillie qui déprime les parois vaginales. La pulpe du doigt perçoit très-nettement la sensation du flot par la pression et la percussion exercées sur l'hypogastre. La consistance plus solide de la tumeur à gauche et en bas donne à supposer qu'elle s'est développée dans l'ovaire gauche; et la douleur que détermine de ce côté le toucher vaginal fait craindre qu'il n'existe d'assez nombreuses adhérences.

Le 6 septembre 1867, au couvent des sœurs Augustines de la rue de la Santé, je pratiquai l'opération, assisté de MM. les docteurs Ordoñez, G. Désarènes, Gaudin, Morpain, Cossé, et de M. Magdelain, qui était alors interne de mon service.

La malade fut rebelle à l'action du chloroforme qui détermina à plusieurs reprises, pendant le cours de l'opération, des vomissements qui furent une sérieuse complication.

Une incision fut faite sur la ligne médiane, de l'ombilic au pubis. Le paroi abdominale, assez épaisse, fut divisée par couches successives; quatre ligatures durent être posées sur les vaisseaux intéressés; le péritoine fut ouvert sur la sonde cannelée, et il ne sortit de sa cavité aucun liquide.

Les bords de l'incision ayant été écartés, la face antérieure de la tumeur apparut, appliquée fortement contre la paroi abdominale et recouverte, dans toute son étendue, par l'épiploon qu'il fut impossible d'éloigner à cause de ses adhérences, et à travers lequel je me résolus à pratiquer la ponction à l'aide d'un trocart de fort calibre.

Cette ponction donna issue à trois litres d'un liquide épais, visqueux, brun-jaunâtre.

La tumeur ayant diminué de volume, je pus introduire la main dans la cavité péritonéale, et, en la portant en bas, il me fut possible de détacher l'épiploon du bassin et de la tumeur, avec lesquels il était adhérent, à l'aide de quelques tractions, lesquelles ne déterminèrent qu'une effusion de sang qui s'arrêta sans qu'il fût nécessaire d'appliquer de ligatures.

En vain je cherchai alors, du côté de l'ovaire, à reconnaître la situation du pédicule ou de la base d'implantation du kyste, qui, débarrassé de l'épiploon dont il était recouvert, nous présentait un aspect analogue à celui du tissu utérin : je dus constater, non-seulement qu'il n'y avait pas de pédicule, mais encore que la tumeur était complétement indépendante, dans toute sa partie inférieure, des organes contenus dans la cavité pelvienne. Sachant que des kystes, ayant la plus grande analogie avec ceux qui prennent naissance dans l'ovaire, pouvaient se développer dans le mésentère ou même dans le parenchyme rénal, je portai mon attention de ce côté; mais le résultat de mon examen fut complétement négatif.

L'impossibilité d'amener la tumeur au dehors pour pousser plus loin

l'exploration, rendait nécessaire l'agrandissement de l'incision, et je la prolongeai, sur le côté gauche, jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Je pus alors amener dans l'angle supérieur de la plaie la portion du kyste constituant la poche évacuée par la ponction; mais elle contenait encore du liquide. Pour la vider complétement, et pour faciliter l'extraction, la partie la plus amincie de la paroi de cette poche fut excisée et je pus l'attirer au dehors.

Nous fûmes alors frappés de l'aspect de ce kyste, de sa couleur insolite, de la nature du tissu qui en constituait les parois, surtout dans les points où elles offraient une grande épaisseur; mais bientôt nul doute ne fut possible : la recherche des points d'implantation du kyste, recherche qui conduisit la main jusque dans l'excavation diaphragmatique de l'hypochondre gauche, et qui permit de circonscrire la masse charnue constituant la portion supérieure de la tumeur, tout prouva que c'était la rate qui était intéressée; que le kyste placé en avant et en bas s'était développé dans sa masse hypertrophiée, et qu'il se confondait dans son épaisseur sur une étendue considérable.

Le kyste était uniloculaire, et les bosselures, ainsi que les différences de résistance des divers points de sa surface, constatées par la palpation, provenaient de la différence d'épaisseur des diverses parties de ses parois, épaisseur qui variait de quelques millimètres à 4 ou 5 centimètres, les portions épaissies étant situées et dans la partie inférieure du kyste abordable par le toucher, et sur ses parties latérales, en particulier sur celles qui occupaient le flanc gauche.

La surface de la tumeur était sillonnée de vaisseaux, et partagée en arrière par un tronc veineux volumineux, de 1 centimètre 1/2 de diamètre.

Malgré l'étendue donnée à l'incision, l'extraction immédiate de la tumeur en totalité était rendue impossible par sa situation, et je dus songer à l'extraire en plusieurs parties.

Considérant la disposition du système artériel de la rate, qui la divise en départements indépendants les uns des autres, je procédai à la ligature successive des diverses branches de l'artère splé-

nique, de manière à circonscrire et à isoler la portion de la rate qui portait le kyste. La veine volumineuse, étendue sur la face postérieure du kyste, ayant été préalablement liée le plus près possible de son embranchement dans la veine splénique, la partie inférieure de la tumeur fut réséquée, et cette section n'amena, comme nous l'espérions, aucune hémorrhagie.

La partie supérieure, constituée par le tiers environ de la masse totale de la rate hypertrophiée, était dès lors devenue accessible; quelques adhérences intestinales et épiploïques purent être détachées et ne donnèrent lieu qu'à l'ouverture de vaisseaux de petit calibre dont la compression suffit à arrêter l'hémorrhagie. Mais alors même que sa structure n'eût subi aucune altération, l'on n'eût pu songer à conserver cette dernière portion de la rate : la nature de son tissu en rendait la constriction impossible dans un clamp, et d'ailleurs ce clamp n'aurait pu être amené au dehors ni maintenu dans l'angle supérieur de la plaie, attendu que la masse qui servait de base était située très-profondément dans la cavité sous-diaphragmatique de l'hypochondre gauche; de plus, la surface de section du tissu splénique à étrangler aurait été trop considérable.

Voici comment il fut procédé à l'extraction de cette dernière portion de la rate :

Préalablement, quatre ligatures métalliques furent soigneusement placées sur l'épiploon gastro-splénique, aussi près que possible de la rate, dans le court espace qui la séparait de la queue du pancréas et de la grosse tubérosité de l'estomac. Suivant toutes les vraisemblances, ces ligatures devaient comprendre tous les vaisseaux et éloigner tout risque d'hémorrhagie.

Cependant, pour nous tenir encore mieux à l'abri de ce danger immédiat dont nous avions lieu de craindre la gravité, nous ne procédâmes à l'extirpation des portions restantes que par leur destruction successive au moyen de la cautérisation au fer rouge, après les avoir étreintes dans un clamp spécial et conçu en vue d'obtenir par l'étranglement des tissus des eschares linéaires. Ces cautérisations successives

atteignirent les limites les plus élevées du parenchyme splénique placé en dessous des ligatures, si bien qu'elles en intéressèrent les dernières parties, et qu'il ne resta aucun vestige du tissu de la rate.

Les quatre fils métalliques furent alors coupés ras et laissés dans la cavité de l'abdomen.

La malade n'avait pas perdu 100 grammes de sang par le fait de l'opération. Pendant l'évacuation du kyste, aucune portion du liquide ne s'était épanchée dans l'abdomen ; néanmoins je ne négligeai aucun des soins attentifs que je prends en pareil cas, et, après avoir nettoyé les anses intestinales, j'épongeai à plusieurs reprises la cavité péritonéale. Je fermai ensuite la plaie, et, pour avoir une occlusion complète, je plaçai neuf ligatures métalliques dans les parois abdominales, à une assez grande distance des lèvres de l'incision et intéressant le péritoine pariétal. Cinq sutures entortillées furent établies sur les points qui se trouvaient béants entre ces ligatures.

L'opération, ainsi terminée, avait duré un peu plus de deux heures; elle avait été exécutée sans qu'il y eût eu une perte notable de sang en dehors de celui que contenait en assez grande abondance le tissu même de la tumeur. Pendant toute la durée de l'opération, la malade avait été maintenue dans un état de parfaite insensibilité; l'ivresse chloroformique était si complète qu'il fallut près d'une demi-heure de soins pour la faire sortir du sommeil profond dans lequel elle était artificiellement plongée.

Pendant la journée et la nuit qui suivirent l'opération, il n'y eut pas de fièvre: le pouls était à 80 ; la respiration était redevenue libre. La malade ne se plaignit que de malaise, et eut quelques vomissements déterminés par l'action du chloroforme. Elle prit du bouillon froid et quelques boissons stimulantes.

Le lendemain, les vomissements revinrent à deux reprises différentes et provoquèrent un peu de douleur du côté de l'hypochondre gauche. Toutefois, le ventre resta insensible à la pression et n'offrit aucune apparence de météorisme. Le pouls était normal et battait 90 pulsations.

Le troisième jour, les vomissements cessèrent. La malade reprit toute sa gaieté : l'amélioration était telle qu'elle pouvait s'asseoir et se retourner dans son lit sans ressentir la moindre douleur ; l'abdomen était souple, non douloureux à la pression. Les bords de la plaie étaient parfaitement rapprochés et les épingles des points de suture entortillée furent retirés. — Bouillons, potages.

Le cinquième jour, tous les fils métalliques furent enlevés et remplacés par une suture sèche collodionnée. A ce moment, l'état général de la malade était aussi satisfaisant que si elle n'eût pas subi d'opération ; il n'y avait ni fièvre ni douleur, et les fonctions digestives s'exécutaient si bien que l'on permit l'usage des aliments solides.

Dès le huitième jour, la malade put descendre de son lit et s'étendre sur une chaise longue sans qu'aucune réaction fût provoquée. La cicatrisation de la plaie était solide et complète dans toute son étendue.

A cette date, les menstrues qui, jusqu'alors avaient été assez régulières, mais peu abondantes, et dont la dernière époque avait cessé trois jours avant l'opération, apparurent en grande abondance : le sang qu'elles fournirent avait une teinte rutilante beaucoup plus foncée qu'à l'état normal. Cet écoulement dura trois jours et provoqua seulement quelques légères douleurs dans le côté droit de l'hypogastre.

Ce fait de l'apparition anticipée de l'époque menstruelle se produit fréquemment à la suite des opérations d'ovariotomie, et, pour ce qui me concerne, j'ai eu à le constater souvent, et toujours dans de telles conditions que je le considère comme un symptôme des plus favorables.

Au dixième jour, il fut impossible d'empêcher la malade de sortir : on la descendit, et elle remonta seule les deux étages qui conduisaient à sa chambre, après avoir passé quelques instants assise dans un jardin qu'une distance d'une centaine de mètres séparait du corps de bâtiment qu'elle occupait. Elle allait aussi bien que possible.

Le lendemain, elle était dans la cour d'entrée du couvent, lorsqu'elle fut saisie d'une frayeur extrême à la vue d'un cheval qui arrivait sans guide dans sa direction. Cette jeune fille, d'ailleurs extrême-

ment nerveuse, fut tellement impressionnée qu'elle perdit connaissance malgré les secours qui lui furent portés, et qu'elle fut prise d'un tremblement nerveux qui dura trois heures. Elle eut ensuite du délire et quelques phénomènes extatiques.

A partir de ce moment, l'appétit et le sommeil disparurent complétement; le pouls oscilla entre 100 et 120 pulsations. Des douleurs extrêmement violentes se manifestèrent dans l'orbite droit, et provoquèrent du larmoiement et une injection vive du côté de la conjonctive. Cet état dura quelques jours, et produisit un découragement moral et un affaiblissement physique qui inspirèrent d'assez vives inquiétudes. Néanmoins, grâce aux bons soins dont la malade fut entourée, tous ces symptômes disparurent successivement; la douleur orbitaire et l'injection de la conjonctive furent jugées par une épistaxis. Ces accidents locaux se reproduisirent ensuite à trois reprises différentes, et de huit jours en huit jours. Chaque fois, d'ailleurs, cette crise se jugea par une épistaxis.

Dès le quinzième jour, la malade, qui avait été obligée de reprendre le lit, put le quitter et revenir à l'usage des aliments solides; il lui fut permis de sortir, et depuis lors, elle descendit dans les cours et les jardins, où elle passa la plus grande partie de ses journées.

Pendant ce temps, l'état général de l'opérée ne laissa rien à désirer, ainsi que purent le constater plusieurs médecins distingués qui voulurent bien la visiter, et en particulier MM. les docteurs Blin, Blanchard, Galligo (de Florence), Kœberlé (de Strasbourg), et mon illustre et vénéré maître M. Nélaton, aux savants conseils de qui je dois les succès que j'ai obtenus dans la pratique de l'ovariotomie.

Toutefois, et pour ne rien omettre, il faut mentionner quelques faits qui se produisirent pendant le cours de la convalescence. C'est ainsi que, pendant la troisième et la quatrième semaine, en même temps qu'apparaissaient les douleurs orbitaires et les épistaxis, l'estomac fut affecté de violentes douleurs névralgiques qui cédèrent immédiatement à l'emploi du sulfate de quinine: en outre, les menstrues n'étant pas revenues la cinquième semaine, furent remplacées par des douleurs

utérines assez vives que calmèrent promptement quelques lavements laudanisés; enfin, pendant la sixième semaine, on vit apparaître une phlébite adhésive de la saphène interne, phlébite accompagnée d'un œdème qui cessa bientôt d'être douloureux, grâce à l'usage de quelques topiques.

La convalescence ne fut d'ailleurs aucunement entravée par ces symptômes, qui ne laissèrent à leur suite aucun trouble manifeste. Les règles revinrent, la deuxième fois, soixante-quinze jours après l'opération. La respiration recouvra toute liberté; l'opérée prétend pouvoir accélérer sa marche sans inconvénient, ce qui lui était impossible auparavant. Enfin, lors de la présentation de la jeune fille à l'Académie, M. Barth lui ausculta les jugulaires et ne découvrit aucun bruit de souffle, fait extrêmement rare chez les jeunes filles de son âge qui habitent Paris.

Examen de la tumeur. — La tumeur, examinée immédiatement après l'opération, avait une coloration et une consistance analogues à celles des rates hypertrophiées. La masse enlevée dans le premier temps de l'extraction, et constituant l'enveloppe du kyste, comprenait environ les deux tiers de la production morbide : elle pesait 1,140 grammes.

Les parois du kyste avaient une épaisseur variable : sur certains points elles étaient minces et réduites à une coque fibreuse; sur d'autres, au contraire, elles avaient deux et même trois travers de doigt d'épaisseur, et elles étaient formées par une trame rougeâtre, molle, d'aspect splénique.

La structure de ce tissu fut étudiée par Ordoñez. A l'aide du microscope, cet habile et regrettable observateur reconnut qu'il contenait : 1° un grand nombre de globules sanguins non altérés; 2° une très-grande quantité de glomérules dits de Malpighi, hypertrophiés au point qu'il était facile de les isoler et de les distinguer à l'aide d'une loupe. Aux endroits où la substance était plus amincie, on voyait ces éléments disparaître progressivement et faire place à une trame très-serrée de tissu fibreux qui constituait seule, par places, la paroi du

kyste. Cette paroi elle-même était parcourue à l'extérieur par un grand nombre de vaisseaux sanguins de toutes dimensions.

L'intérieur de la poche était lisse, et recouvert, sur certains points, de plaques très-dures, formées par des carbonates et des phosphates de chaux et de magnésie.

Le liquide ne différait pas beaucoup, à l'examen, de celui qu'on rencontre dans certains kystes de l'ovaire. Il était épais, d'un brun jaunâtre, et contenait une proportion très-considérable d'albumine, de leucocytes, de cristaux de cholestérine, de globules sanguins à différents degrés d'altération, et enfin quelques granulations calcaires.

DEUXIÈME PARTIE

—

CONSIDÉRATIONS PATHOLOGIQUES, CHIRURGICALES ET PHYSIOLOGIQUES

Ce cas de splénotomie, au point de vue du succès dont il a été suivi, succès qu'on peut aujourd'hui, deux ans après l'opération, considérer comme définitif, est d'un grand intérêt pour la science à trois titres principaux :

1° Parce qu'il est une preuve nouvelle de la difficulté du diagnostic des tumeurs abdominales ;

2° Parce qu'il montre combien, en présence d'un cas imprévu, il importe non-seulement de prendre rapidement une détermination, mais encore et surtout d'agir en vue de réserver les chances de succès, si faibles qu'elles paraissent ;

3° Enfin parce que d'importantes observations physiologiques doivent, comme conséquences du succès de l'ablation complète de la rate chez l'homme, être fournies à la science qui, jusqu'ici, n'avait eu à exercer sa critique que sur des cas très-imparfaitement rapportés.

Sur le premier point. — La difficulté que présentait le diagnostic est évidente :

Étant écartée l'hypothèse d'une grossesse, que les antécédents bien connus de la malade eussent rendue inacceptable, et à laquelle la persistance de l'hymen et l'absence complète des signes caractéristiques ne permettaient pas de s'arrêter, les

résultats de l'examen auquel la malade fut soumise portaient à croire que la tumeur s'était développée dans l'un des organes de la cavité pelvienne.

La position que la tumeur occupait sur la ligne médiane de la région hypogastrique; la sonorité de tous les points situés sur sa périphérie, en particulier en haut; la consistance des bosselures plus condensables dans tout le flanc gauche; l'intensité des douleurs plus violentes dans le flanc droit; l'immobilisation complète de l'utérus enchâssé dans la partie inférieure de la tumeur qui faisait saillie dans le vagin; la sensibilité douloureuse à gauche au toucher vaginal; — tous ces symptômes devaient faire supposer que la tumeur avait pris naissance dans l'ovaire où les kystes sont si communs, bien plutôt que dans le mésentère ou les reins, organes dans lesquels son développement est possible, mais extrêmement rare. Quant à l'hypothèse que le kyste pût dépendre de la rate, c'était bien la dernière de toutes les probabilités auxquelles ces symptômes dussent arrêter l'esprit, surtout en les rapprochant de ce commémoratif, que la tumeur avait apparu d'abord à la partie inférieure de l'hypogastre et qu'elle ne s'était développée que tardivement vers l'ombilic.

Quant à la variété de kyste, les bosselures évidentes à la surface de l'abdomen, la variabilité de consistance des différents points donnaient à penser qu'il était multiloculaire. Ces bosselures, produites par la différence d'épaisseur de la paroi du kyste, constituaient une cause d'erreur de diagnostic importante à signaler, et à l'influence de laquelle il était d'autant plus difficile d'échapper que la percussion, en ne décelant pas, dans tous les points, l'existence du liquide, confirmait les données inductives de la palpation.

La conviction qu'il s'agissait d'un kyste à plusieurs loges

m'empêcha de recourir à la ponction, comme moyen de diagnostic; d'ailleurs, on sait que ce moyen est lui-même dangereux à cause des risques d'épanchements dans la cavité péritonéale, danger qui eût été imminent s'il est permis d'en juger par l'absence complète de toute trace d'inflammation adhésive dans les points que le trocart eût traversés; et, lors même que cette ponction eût été faite dans le but de soumettre à l'examen microscopique le liquide extrait par la ponction, le résultat eût été négatif, puisque ses éléments étaient identiques à ceux des liquides que l'on trouve dans un grand nombre de kystes de l'ovaire.

Le diagnostic des kystes de la rate est au reste des plus difficiles, et M. Magdelain, dans son excellente thèse, a réuni une vingtaine de cas où l'erreur a été commise par les chirurgiens les plus exercés. Dans la plupart de ces cas, ce ne fut qu'à l'autopsie qu'on fut exactement renseigné sur la nature et le siége des tumeurs dont il s'agissait. C'est ainsi qu'on a confondu avec des kystes hydatiques de la rate, qui sont en effet l'espèce la plus commune, ou encore avec des kystes séreux dont on ne connaît qu'un exemple présenté à la Société anatomique par M. Leudet, soit des tumeurs d'une tout autre nature, telles qu'une simple hypertrophie de la rate, soit des tumeurs d'autre nature et de siége extra-splénique, telles qu'un abcès froid provenant des côtes voisines, un abcès des parois abdominales, une péritonite enkystée, une tumeur épiploïque, une tumeur du bassin, soit encore des kystes dont on avait exactement déterminé la nature, mais qui, ayant pris naissance dans les organes voisins (foie, poumon, rein), avaient trompé l'observateur sur l'origine et même le siége de l'affection.

Sur le second point. — L'importance de prendre promp-

tement un parti en présence d'une complication imprévue, et d'agir, quelque grave qu'elle soit, en vue d'assurer les chances de réussite, si peu considérables qu'elles paraissent, n'a jamais été mise en lumière d'une façon plus évidente que dans ce cas.

Et il n'y aurait pas lieu d'insister sur cette considération, s'il n'était arrivé trop souvent qu'en présence d'une complication sérieuse, et se trouvant aux prises avec des difficultés graves et inattendues, l'opérateur, inspiré par le désir d'abriter sa responsabilité, n'avait purement et simplement abandonné la malade à elle-même, après avoir fermé la plaie et remis le moins mal possible les choses dans leur état primitif. Faut-il dès lors s'étonner des accidents terribles produits par une telle détermination ? Or, dans toutes les opérations à pratiquer sur les organes contenus dans l'abdomen, l'imprévu, loin d'être l'exception, n'est-il pas la règle commune?

En présence de cas semblables, le chirurgien doit donc tenir compte de tous les faits antérieurs, et il n'est aucun d'eux qui ne puisse, le cas échéant, servir à guider sa conduite. Je pense donc qu'à ce point de vue, celui que je rapporte a une grande valeur.

Quant à moi, les faits qu'il m'avait été donné jusque-là d'aborder dans ma pratique particulière m'avaient appris jusqu'où pouvait aller la résistance du péritoine au traumatisme, et m'avaient donné la conviction que l'ablation des kystes de la rate, du rein, ou même du mésentère, ne devait pas être, dans tous les cas, au-dessus des ressources de la chirurgie actuelle (1).

(1) Les réflexions dont M. Kœberlé a fait suivre la publication de son opération dans la *Gazette hebdomadaire*, numéro du 25 octobre 1867, prouvent que son opinion est, sur ce point, complétement d'accord avec celle que j'émets ici, et son appréciation a une valeur que personne ne contestera.

Raisonnons d'ailleurs dans l'hypothèse qu'il eût été coupé court à l'opération, dans le cas dont il s'agit, dès qu'il fut mis hors de doute que le kyste dépendait de la rate et intéressait son parenchyme dans une grande étendue. A supposer qu'on n'eût pas été arrêté par d'insurmontables difficultés, notamment par la grandeur de l'excision qu'il avait fallu avant tout pratiquer sur la poche, afin de l'amener au dehors et de laisser le champ libre à l'exploration; quand même les parois du kyste n'eussent été lésées que par une simple ponction, est-ce que l'inflammation qui avait déjà commencé dans le sac ne se serait pas aggravée ? est-ce que le danger qu'elle arrivât promptement à se propager au péritoine n'était pas imminent? est-ce que la certitude d'une péritonite suppurée et promptement mortelle n'était pas encore accrue par tous les risques terribles qu'accumulait contre elle le traumatisme énorme résultant de l'opération ? est-ce qu'il n'était pas, en un mot, évident que les chances les plus heureuses se réduisaient alors à l'espoir que l'opérée ne mourût qu'au bout de trois ou quatre jours de souffrances terribles?

Si l'opérateur, en pareil cas, conserve encore un peu de sang-froid, il ne peut y avoir pour lui qu'une règle de conduite, c'est de chercher un moyen de donner à la malade quelques chances de vie.

Étant donnée une telle situation, il importait que la résolution fût promptement prise; or, dans ce cas, voyons quels étaient les moyens proposables.

Il n'y en avait que trois : 1° fermer l'abdomen en conservant la poche kystique, qui eût été tenue en communication avec l'extérieur et dans laquelle on aurait réservé un moyen d'accès ; 2° enlever seulement la poche et la portion du tissu splénique qui constituait sa base; 3° extirper la rate entière.

Premier moyen. — Il eût consisté à suturer à la paroi abdominale les bords du kyste excisé, et à fermer la plaie en laissant une sonde à demeure dans l'intérieur de la poche, afin de la traiter par les lavages et les injections médicamenteuses. Ce mode de traitement, qui, dans plusieurs cas de kystes ovariques, m'a donné d'excellents résultats, et qui me paraît digne d'être recommandé, en ce qu'il ne nécessite qu'une simple ponction presque sans danger lorsqu'il existe des adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale, n'eût promis ici que de faibles chances de succès, et encore était-il inapplicable à cause de l'étendue de l'excision pratiquée sur le kyste et de l'impossibilité de s'assurer contre toute chance d'épanchement intra-péritonéal.

Deuxième moyen. — Pouvait-on songer à n'enlever que la portion du tissu splénique qui formait la base du kyste? Évidemment non. L'implantation du kyste était placée très-haut dans l'hypochondre gauche, et il eût été impossible d'amener et de maintenir le clamp dans l'angle supérieur de l'incision abdominale ; en outre, cette base était trop large et trop friable pour supporter le clamp, comme je pus m'en convaincre dans le cours de l'opération au moment où il fallut la lier et la cautériser. Vainement j'essayai de l'étrangler partiellement à l'aide d'une corde assez forte : je dus renoncer à cet expédient en voyant que la corde, au lieu de comprimer, pénétrait dans la masse charnue et la coupait.

Le seul parti à prendre pour l'opérateur, et, sur ce point, mon opinion fut partagée par tous ceux qui m'assistaient, c'était de recourir à l'emploi d'un moyen plus radical.

Troisième moyen. — Ablation de la totalité de la masse splénique. Un premier procédé opératoire se présentait à l'esprit ;

c'était d'exciser en un seul temps toute la rate. Mais l'incision abdominale était obstruée par la tumeur, et il était impossible d'aller porter sur l'épiploon gastro-splénique des ligatures assez sûrement placées pour écarter le danger d'hémorrhagie.

Le second procédé opératoire, qui devait consister dans l'ablation en plusieurs temps, était le seul possible à employer.

Et, à cet égard, je crois devoir insister un peu sur la valeur du moyen que je mis en œuvre lorsque j'eus excisé la première portion de la tumeur et que j'eus placé sur l'épiploon gastro-splénique les quatre ligatures métalliques qui me mirent à l'abri de toute effusion de sang. Ces ligatures devaient embrasser tous les vaisseaux ; mais, pour éloigner le plus possible les chances d'hémorrhagie, je résolus, au lieu d'inciser d'un coup, en dehors des ligatures, toute la portion restante de la rate, de pratiquer sa destruction successive. Voici comment je procédai : Entre les mors à bords mousses d'un clamp recourbé, j'embrassai toute la masse que je pus atteindre; puis, la constriction faite assez modérément pour ne pas couper le tissu, j'excisai les portions circonscrites par l'étranglement, après quoi je les détruisis par le fer rouge. A l'aide de ce moyen, toute la portion restante de la rate put être détruite sans la moindre effusion de sang, et le moignon résultant de l'opération consista en une mince eschare située immédiatement auprès des ligatures métalliques.

J'avais la plus grande confiance dans l'emploi de ce procédé, qui m'avait déjà donné un excellent résultat dans un cas d'ovariotomie dont il est utile de rappeler ici les principaux traits. La malade portait, outre une hernie ombilicale volumineuse qui contenait environ la moitié de la masse intestinale, et dix litres de liquide ascitique, un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche du poids de 10 kilogrammes. Dans l'une des loges de ce kyste, je trouvai les débris d'un fœtus qui s'était développé

en dehors de la cavité utérine. Les autres loges contenaient des substances de consistances différentes. Il fallut, pour extraire cette tumeur volumineuse, prolonger l'incision au dessus de l'ombilic à travers le sac herniaire et couper deux longs pédicules. Toutes ces manœuvres purent être exécutées sans trop de difficulté ; mais, en procédant à l'évacuation du liquide contenu dans le bassin, je reconnus du côté de l'ovaire droit la présence d'une deuxième tumeur du poids de 4 à 5 kilogrammes qui était coiffée par l'épiploon, dont les feuillets hypertrophiés étaient tellement adhérents qu'il fallut en pratiquer l'excision. Cette section ne suffisant pas à mobiliser la tumeur, je divisai entre deux ligatures un prolongement épais et vasculaire en forme de croissant dont le bord libre allait rejoindre l'un des deux pédicules du premier kyste. Cette incision donna lieu à un écoulement de sang qui fut arrêté immédiatement par l'application d'un cautère actuel. Je cherchai alors, mais en vain, à attirer la tumeur au dehors, et je reconnus que, dépourvue de pédicule, elle adhérait sur une large surface au fond de la cavité pelvienne, sur les côtés de l'utérus et de la vessie. En présence de toutes ces difficultés imprévues, et craignant de ne pouvoir les surmonter, je songeai alors à ponctionner la tumeur, qui était très-fluctuante, à la vider et à la laisser sur place, dans le cas où le liquide aurait été transparent et peu épais. Mais voyant qu'il ne s'écoulait pas, et que la poche paraissait avoir été le siége d'une inflammation intense, je dus inciser largement cette poche, et, à mon grand étonnement, je trouvai qu'elle renfermait un deuxième fœtus dont les débris, plongés dans un liquide purulent, adhéraient sur certains points aux parois qui commençaient à s'incruster de sels calcaires. Dans l'impossibilité où je me trouvais d'abandonner dans la cavité péritonéale de pareilles matières, je me décidai à exciser toute la paroi libre du kyste aussi près que

possible de la surface adhérente, et à détruire cette dernière par la cautérisation. Je procédai ensuite à la cautérisation linéaire des deux pédicules de la première tumeur, et des surfaces sectionnées du mésentère, dans le but de prévenir toute effusion sanguine ultérieure et de pouvoir replacer toutes ces parties dans la cavité abdominale. Je fermai alors complètement la plaie des parois abdominales, et j'eus la satisfaction de voir qu'au deuxième jour, celle-ci était solidement réunie, et qu'au douzième jour, la malade pouvait se promener dans sa chambre sans qu'il fût possible de l'en empêcher et sans qu'aucun symptôme digne d'être noté se soit produit du côté des organes contenus dans l'abdomen.

Sur le troisième point. — Au point de vue des conséquences physiologiques qui peuvent être déduites du résultat obtenu, la valeur de ce cas chirurgical est évidente.

D'abord, parce que les phénomènes présentés par le sujet permettront d'élucider directement la question de l'importance des fonctions de la rate chez l'homme ;

Ensuite, parce qu'il fournira des éléments sérieux d'appréciation aux physiologistes modernes qui, jusqu'ici, n'avaient à tenir compte que de faits anciens et si incomplets qu'on ne les trouve même pas mentionnés dans les traités les plus récents.

En ce qui concerne l'importance de la rate, les nombreuses expériences faites sur les animaux prouvaient clairement que son ablation est parfaitement compatible avec la vie; et les vivisections que j'avais moi-même pratiquées avaient si complétement réussi que la possibilité du succès de la splénotomie faite sur l'homme ne me semblait pas douteuse.

Laissant aux physiologistes le soin d'analyser toutes les conséquences à déduire du fait que je publie, je puis déclarer que les résultats immédiats de l'opération ont confirmé les données

de l'induction, et que l'ablation de la rate n'a apporté aucun trouble sérieux dans la santé de l'opérée.

En effet, les phénomènes les plus remarquables à relever, entre tous ceux qui se sont produits après l'opération, n'ont qu'une bien faible importance; la nomenclature se réduit à la mention : 1° du fait de la réapparition des règles huit jours après l'opération et de leur suspension complète à l'époque suivante ; 2° du retour périodique de douleurs orbitaires jugées chaque fois par une épistaxis ; 3° de la phlébite du membre gauche. Mais, d'une part, l'apparition anticipée de l'époque menstruelle se produit fréquemment à la suite des opérations d'ovariotomie ; ce symptôme, que j'ai plusieurs fois observé, m'a même, comme je l'ai déjà remarqué, toujours semblé d'un bon augure ; et, d'autre part, l'œdème douloureux est aussi un des accidents que l'on a notés à la suite de l'extraction des kystes de l'ovaire.

En résumé, cette observation ne démontre pas seulement que l'extirpation de la rate est compatible avec la vie, et ne provoque pas dans la santé de l'homme de troubles notables, elle confirme encore cette opinion que j'ai émise depuis plusieurs années, à savoir : *que la gastrotomie peut donner à Paris* une proportion de succès aussi grande que dans tous les autres pays. En effet, la splénotomie a été tentée quatre fois dans ce siècle sans résultat favorable tant en Angleterre qu'en Allemagne, et même, quinze jours après mon opération, à Strasbourg, par M. Kœberlé, dont chacun connaît l'habileté ; pour mon compte, j'avais été assez heureux pour obtenir dès cette époque (sept. 1867), *dans l'intérieur de Paris*, *cinq guérisons sur six opérées d'ovariotomie*, proportion qui, bien certainement, ne sera jamais dépassée si l'on tient compte des difficultés immenses que j'avais eu à surmonter chez mes malades.

TROISIÈME PARTIE

—

HISTORIQUE DE LA SPLÉNOTOMIE

Observations recueillies par M. Magdelain, interne des hôpitaux de Paris

Après avoir assisté à l'opération de splénotomie faite par M. le docteur Péan, mon chef de service, j'ai voulu savoir où en était l'état de la science sur ce point. Je savais qu'on avait pratiqué nombre de fois cette opération chez des mammifères de presque tous les ordres ; j'avais lu dans le *Traité de physiologie* de M. Béclard les quelques mots qu'il rapporte du cas d'extirpation de la rate publié par Adelmann ; je croyais trouver dans la science des faits analogues, et après de longues et pénibles recherches, je regrette de n'avoir pu rassembler qu'un petit nombre d'observations, dont quelques-unes, bien qu'authentiques, laissent complétement à désirer à cause de l'insuffisance des détails.

Néanmoins, j'ai cru devoir traduire celles qui étaient publiées en langues étrangères et les rapporter ici, heureux si j'ai pu épargner quelque temps à ceux qui seraient désireux de faire les mêmes recherches.

La splénotomie a été faite chez l'homme :

1° Dans des cas de plaies de l'abdomen avec issue de la rate ;

2° Dans des cas de maladies de la rate proprement dite.

1° Splénotomie consécutive au traumatisme

I. *Ablation presque complète de la rate. Guérison.* (Cas de Nicolas Mathias. *Éphém. méd. physicar.* Dec. II, ann. III, 1684, page 378. *De exciso liene ex homine, sine noxâ.*) — En 1678, près de la ville de Colberg, un jeune homme de 23 ans avait reçu dans une rixe un coup de couteau à l'hypochondre gauche ; privé de tout secours, le blessé passa la nuit baigné dans son sang. Le lendemain, Nicolas Mathias, sur la réquisition d'un magistrat, se rendit sur le lieu de l'accident. Il trouva le malade très-affaibli ; la rate faisait hernie à travers la plaie, et elle ne put être réduite à cause de l'augmentation de son volume. Le blessé fut transporté à Colberg. Un médecin appelé en consultation ne fut pas d'avis de réséquer la rate (parce que les auteurs ne lui avaient pas appris qu'on pût vivre sans rate). Malgré cela, le chirurgien lia avec un fil de soie la partie herniée de la rate, attira au dehors le reste de l'organe, et appliqua une nouvelle ligature sur son pédicule. Trois jours après, il fit l'ablation de la rate ; il ne se produisit qu'une hémorrhagie de peu d'importance qui fut arrêtée par des styptiques.

Au bout de trois semaines, le malade était guéri; il ne restait de la rate qu'un moignon gros comme une aveline, faisant corps avec les lèvres de la plaie, et auquel aboutissaient les vaisseaux de l'organe. Celui-ci, examiné par Œnnius, fut trouvé entier, normal, et ne présentant qu'une incision au niveau du hile. Plus tard, ce jeune homme devint père; sa santé était excellente, car six ans après (époque de la publication du fait), il vaquait à toutes ses occupations habituelles.

II. *Ablation complète de la rate. Guérison.* — Cas de Ferrerius. (Fantoni. *De obs. med. et anat.* Epist. I et VI.) — Une femme, âgée de 30 ans, d'un tempérament sanguin, commença à avoir de la fièvre en 1711. On sentit une tumeur à la partie supérieure de l'hypogastre, tumeur dont la consistance et le volume augmentèrent ; le pied et la jambe gauches s'œdématièrent. Tout le mois de janvier, il s'écoula par

le vagin un pus fétide dont on facilita l'issue par des injections. La tumeur diminuait, et pourtant la dureté du ventre et la fièvre persistaient. Quatre mois après, la malade était très-affaiblie ; on fit une incision sur un point fluctuant, à trois travers de doigt à gauche au-dessous de l'ombilic; un pus fétide en sortit pendant longtemps ; puis la malade se plaignit de douleurs atroces dans l'hypochondre gauche; l'abcès fusa vers l'ombilic ; il s'y produisit une autre issue, et le pus s'écoula par les deux ouvertures à la fois. La femme était au dernier degré du marasme, quand son médecin, ayant remarqué quelque chose de noirâtre à la grande ouverture de l'ombilic, fit appeler le grand Ferrerius.

A première vue, ils crurent à un déplacement intestinal ; mais, après un examen plus attentif, ils pensèrent que c'était différent, et que, quoi que ce fût, il fallait enlever cette masse putréfiée que la nature s'efforçait d'expulser. L'opérateur habile l'extirpa en entier sans peine ; elle mesurait huit travers de doigt de longueur sur quatre d'épaisseur, et deux au moins de largeur. Sa partie antérieure était recouverte d'une enveloppe membraneuse, la partie postérieure était un peu putréfiée, l'intérieur était tout à fait semblable au tissu de la rate. La malade se reposa un peu la nuit suivante ; l'appétit lui vint ; ce qu'il y a surtout d'étonnant, c'est que, pendant plusieurs jours, des aliments mêlés au pus passaient par l'ouverture de l'abcès! Néanmoins, la fièvre cessa peu à peu ; l'ouverture diminuait et ne laissait plus écouler qu'une petite quantité de pus; enfin, la malade recouvra la santé et les forces, le visage s'anima et les règles reparurent.

Au dire de Ferrerius, son opérée accoucha plus tard d'un enfant à terme ; mais, à partir de ce moment, l'abdomen a augmenté de volume ; souvent, pendant plusieurs années, elle eut des érysipèles en divers points du corps, notamment à la tête, ou bien des métrorrhagies abondantes. Au commencement de novembre 1716, à la suite d'une métrorrhagie bientôt arrêtée, la fièvre apparaît ; il se déclare un érysipèle de la face qui disparaît en peu de jours ; cependant, la fièvre augmente ; des douleurs atroces se font sentir dans l'abdomen ;

insomnies, soif importune, langue sèche et brunâtre, haleine fétide. Mort le 20 novembre 1716.

A l'autopsie, on trouva le foie plus volumineux que d'ordinaire, il occupait l'hypochondre gauche; absence complète de la rate, des cicatrices seulement aux points d'adhérence de la rate aux divers organes ; l'épiploon contracté et adhérent au péritoine dans la région ombilicale, le mésentère et les intestins enflammés et presque gangrenés.

III. *Ablation partielle. Guérison.* (*Philosophical transactions*, 1837.) Cas de Ferguson. — Un homme reçut un coup de couteau dans les parois abdominales, la rate sortait à travers la plaie. Le chirurgien, appelé vingt-quatre heures après l'accident, étreint dans un lien fortement serré la partie herniée et l'enlève ensuite. Elle pesait 3 onces 1/2 (100 grammes environ). Le malade guérit.

IV. *Ablation complète. Guérison.* (*South. Chelius, Handbuch der chirurgie.*) — Le 27 juin 1743, après la bataille de Deltingen, un soldat portait une large blessure des parois abdominales, des anses intestinales faisaient hernie en même temps que la rate. Les intestins furent réduits et la rate enlevée en entier. Suture des parois; le malade guérit.

V. *Ablation complète. Guérison.* (*Transactions of the medical and physical Society of Calcutta*, 1836.) — Le docteur Donnel de Purneah lia, puis enleva la rate à un homme de 30 ans, auquel un buffle avait fait une plaie de l'abdomen longue de 2 pouces. Le malade guérit complétement au bout de deux mois. Une partie de la rate fut présentée à la Société médicale de Calcutta.

VI. *Ablation partielle. Guérison.* (*Gazette médicale de Paris*, 1844, n° 18.) Cas de M. Berthet (de Gray). — Un individu reçoit pendant une rixe un coup de couteau dans le flanc gauche; M. Berthet (de Gray), appelé huit jours après l'accident, reconnaît au lieu de la blessure une tumeur considérable formée par la rate, qui exhalait une forte odeur de putréfaction. Il l'excisa, et après des pansements méthodiques, le

malade guérit et vécut encore treize ans et demi. Les digestions se faisaient généralement bien. Il mourut de pneumonie. A l'autopsie, on ne trouva qu'une très-faible partie de la rate, grosse comme une noix, appliquée sur les parois extérieures de l'estomac.

VII. *Ablation partielle. Guérison. Hypertrophie des ganglions axillaires gauches.* (*Deutsch Klinik*, n° 18, 1856.) Cas de SCHULZ. — Adelman publia, en 1856, l'observation suivante du docteur Schulz, son élève.

Agathe Faliszenska, de Fredocin, âgée de 22 ans, de constitution robuste, fut amenée le 29 juin 1855, à Radom, à l'hôpital Saint-Casimir.

A l'examen, le docteur Schulz trouva au côté gauche, à 7 pouces 1/2 de la colonne vertébrale, à 6 pouces de la ligne médiane antérieure, entre les neuvième et dixième côtes, un corps charnu gros comme la moitié du poing. Il sécrétait en abondance un liquide jaune-rougeâtre, sa surface était lisse, grise, dépouillée en certains points de son enveloppe. Il était douloureux à la pression; en le soulevant, on pouvait apercevoir la plaie qui lui donnait issue ; elle était ovale, oblique, située le long de la côte, mesurant deux pouces de longueur et 1 pouce de largeur. La malade toussait, avait la respiration difficile (28) ; le pouls marquait 100 pulsations. Céphalalgie, frissons, fièvre, soif, évacuations normales.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, la malade était tombée du haut d'une meule de foin sur l'enrayure d'une voiture qui se trouvait contre la meule. L'enrayure s'introduisit entre les neuvième et dixième côtes, et, quand on la retira, il sortit immédiatement par la plaie un corps charnu, bleuâtre, sans qu'il y eût d'hémorrhagie. La blessée tomba en syncope; quand elle eut repris ses sens, elle essaya de rentrer ce corps, mais ne put y parvenir.

D'après la position normale des organes, ce corps provenait du poumon ou de la rate. Depuis l'accident, sa forme, son apparence s'étaient assez modifiées pour qu'on ne pût établir un diagnostic précis à première vue. Le poumon eût pu faire hernie si l'enrayure eût tra-

versé le diaphragme; car, à l'état normal, pendant une forte inspiration, il peut descendre plus bas que le siége de la blessure. Mais le diaphragme fonctionnait normalement; l'auscultation du poumon gauche ne révélait rien de particulier. Le docteur Schulz en conclut que la blessure était au-dessous du diaphragme; considérant qu'au niveau des neuvième et dixième côtes gauches se trouvent la rate et la queue du pancréas qui lui est contiguë, il pensa qu'elle pouvait très-bien faire hernie à travers une plaie de cette région si elle n'était pas retenue dans sa position normale par des adhérences. Mais comment un organe aussi volumineux que la rate pouvait-il passer par une plaie si petite? Le docteur Schulz l'explique par l'élasticité de la rate, et en supposant que pendant qu'on la retirait, l'enrayure faisant fonction de piston, dilatant l'espace intercostal, attirant la rate avec elle, l'organe splénique s'était trouvé pincé par le rapprochement subit des côtes après que le corps vulnérant eut été enlevé. Je crois qu'en outre, la contraction du diaphragme a contribué à produire la procidence de la rate.

La première indication dans le cas de hernie d'un viscère abdominal, la réduction, ne pouvait être remplie; il eût fallu agrandir considérablement la plaie, ce qui eût exposé à des hémorrhagies notables des artères intercostales. On eût dû ensuite dilater violemment l'espace intercostal, et l'on n'eût pu provoquer la réduction de la rate sans la contusionner. De plus, la réduction parfaitement obtenue, la rate modifiée, comme elle l'était dans sa structure, aurait-elle repris ses fonctions normales?

A cette question il fut répondu négativement.

Dans la persuasion que la rate suppurerait, il ne paraissait pas plus indiqué de laisser les choses dans leur état présent; il y avait à craindre, par suite de la suppuration, une hémorrhagie, peut-être dans la cavité péritonéale. La dernière ressource du traitement était l'extirpation de la rate.

Après une consultation avec les docteurs Schuhmacher et Zglawicz, l'opération fut fixée au 30 juin. Le docteur Schulz voulait attirer la

rate encore plus en dehors, lier les artères après les avoir isolées le plus possible, puis enlever la rate. Il dut abandonner ce plan, car des adhérences s'étaient déjà établies entre la rate et les muscles intercostaux ; le péritoine apparaissait à son pédicule. Il étreignit la rate le plus profondément possible au moyen d'une forte ligature et l'enleva. Trois petites artères donnèrent du sang, elles furent liées ; les bords de la plaie cutanée furent réunis avec des bandelettes agglutinatives ; pansement à la charpie par dessus le tout.

La rate enlevée pesait deux onces allemandes ; depuis le commencement de l'accident elle avait perdu la moitié à peu près de son poids et de son volume par suite de la sécrétion continuelle du liquide qui s'écoulait ; la texture était changée, présentait de la graisse par points, comme tous les organes en voie d'atrophie; en d'autres points on trouvait des traces de suppuration.

Le troisième jour après l'opération, la plaie commença à sécréter un pus épais, jaune-blanchâtre ; la malade éprouvait quelques douleurs erratiques; on constata l'hypertrophie des ganglions axillaires gauches.

Pendant quelques jours, les choses restèrent dans le même état, la fièvre seulement augmenta. Peu à peu la malade recouvra l'appétit, qui devint excessif; le régime habituel de l'hôpital ne pouvait suffire à l'opérée. Puis arriva la cicatrisation. Cette femme ne quitta l'hôpital que quinze jours après, le 25 juillet, en parfaite santé ; ses ganglions axillaires avaient acquis le volume d'une noix. D'après les nouvelles que l'on reçoit de l'opérée tous les quinze jours, elle se porte parfaitement.

VIII. *Ablation probablement complète. Guérison.* — Le fait suivant, publié par le docteur Tim. CLARKES (*Ephem. Natur. Curios.*, 1673 et 1674), lui a été raconté par le docteur Dotheng Turbeville, qui en avait été témoin. Un boucher, W. Panier, à Wexford, comté de Sommerset, se donna un coup de couteau dans le côté gauche. Il sortit par la blessure une portion de l'épiploon, quelques anses intestinales et la rate. Le blessé resta trois jours dans cet état, sans secours : un chirurgien, qui fut appelé, réduisit l'intestin, enleva une portion de

l'épiploon et la rate, puis ferma la plaie à l'aide de sutures. Le malade guérit bientôt et partit pour la Nouvelle-Angleterre, et, de là, donna encore de ses nouvelles.

IX. *Ablation complète. Guérison.* — Le professeur Hamlæus rapporte (*Ephem. Natur. Curios.*, 1698) que, deux paysans danois s'étant pris de querelle, l'un d'eux reçut un coup de couteau dans l'hypochondre gauche, et que la rate sortit par la plaie. Un chirurgien, appelé deux jours après, enleva la portion de rate herniée et laissa le paysan avec un bandage mis assez négligemment. Ce cas fut suivi de guérison.

2° Cas de splénotomie consécutive a des maladies de la rate

I. *Cas de* Zacarelli et Fioraventi. *Guérison.* (Fioraventi.) — *Del tesoro della vita humana.* Lib. II, cap. VIII. — (*Cura di una dona a cui cavai della milza.*) — La femme d'un capitaine italien, âgée de 24 ans, à la suite d'une fièvre quarte, portait une rate très-volumineuse ; les membres inférieurs œdématiés présentaient plusieurs ulcérations. Cette dame, dont la beauté avait été très-remarquée autrefois, perdait de jour en jour ses forces avec ses charmes.

Beaucoup de médecins, consultés, avaient conseillé de faire enlever la rate. Le capitaine vint me trouver, et, pour ne pas déplaire à la malade, je lui promis de lui faire l'opération qu'elle réclamait. J'ai fait, depuis, une deuxième opération de ce genre ; mais, n'en ayant pas fait jusque-là, et ne voulant pas aller à l'aventure, je demandai à un vieux chirurgien napolitain, Zacarelli, qui jouissait d'une grande réputation, s'il voulait se charger de l'opération ; il n'y consentit qu'à la condition que je lui prêterais mon concours.

Au commencement du mois d'avril 1549, l'opération fut ainsi pratiquée : On fait avec un instrument tranchant un incision en avant de la rate ; on isole l'organe de ses vaisseaux et de ses moyens d'union ; on l'enlève en entier ; la plaie est fermée par des sutures ; on laisse toutefois une petite ouverture (spiracolo) pour l'écoulement des

liquides. Guérison en vingt-quatre jours. La rate enlevée pesait 32 onces italiennes, ou 1,340 grammes (1).

II. *Cas de* Quittenbaum. — *Mort six heures après l'opération.* (*Commentatio de splenis hypertrophia et historia extirpationis splenis hypertrophici.* Rostock, 1836.) — La malade de Quittenbaum était une femme âgée de 22 ans, mariée depuis quinze mois, régulièrement menstruée avant son mariage, dont la santé n'avait jamais laissé à désirer, mais qui, sous l'influence du froid, avait ressenti une douleur dans le côté gauche. Les règles se suppriment, et, pendant neuf mois, le ventre augmenta progressivement de volume. Elle croyait être enceinte ; mais voyant que le terme d'une grossesse passait sans qu'elle accouchât, elle alla trouver Quittenbaum, qui diagnostiqua une hypertrophie de la rate, une ascite, et un œdème des jambes consécutifs à l'hypertrophie de la rate. Il résolut d'enlever cet organe.

Il fit sur la ligne médiane une incision de 10 pouces de long, s'étendant depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Il sortit neuf litres de liquide ascitique, et la rate, tout à fait libre d'adhérences, fut enlevée après qu'on eut appliqué sur ses vaisseaux une ligature de soie. Pas d'hémorrhagie ; les intestins, qui étaient sortis de l'abdomen pendant l'opération, sont remis en place après qu'on les a oints d'huile chaude ; réunion de la plaie par des sutures.

La malade vécut six heures ; la rate enlevée pesait 5 livres. A l'autopsie, on s'aperçut que la ligature comprenait, avec les vaisseaux, la queue du pancréas. — Cirrhose atrophique du foie.

III. *Cas* du docteur Küchler. — *Mort deux heures après l'opération.* — (Küchler ; *extirpation eines Milztumars,* Darmstadt, 1855.) — Le docteur Küchler pratiqua l'extirpation d'une rate hypertrophiée chez un homme de 36 ans qui avait eu, quatorze ans auparavant, des fièvres intermittentes. Il fit une incision de 12 centim., commençant au-dessous des côtes et suivant le bord externe du muscle grand droit

(1) Je n'ai pu trouver l'observation de la deuxième opération mentionnée par Fioraventi.

gauche. L'opération se fit sans difficulté ; on lia de nombreux vaisseaux ; le liquide contenu dans la cavité péritonéale fut évacué ; on ferma la plaie au moyen de sutures ; mais le malade succomba, deux heures après l'opération, à une hémorrhagie produite par une des branches de l'artère splénique qui n'avait pas été liée.

La rate enlevée pesait 1,500 grammes. A l'autopsie, on trouva du sang diffluent dans la cavité pelvienne et une cirrhose atrophique du foie.

IV. *Cas de* M. Spencer-Wells. — *Mort six jours après l'opération.* (*Gazette des hôpitaux*, n° 88, 1866.) — Une femme de 34 ans, et qui n'avait pas antérieurement été sérieusement malade, commença à éprouver du malaise et de la faiblesse à partir des derniers mois de l'année 1864 ; mais le ventre n'augmenta de volume que vers les premiers mois de l'année suivante.

Au mois d'octobre, la rate, considérablement hypertrophiée, descendait si bas qu'on pouvait, par le toucher vaginal, la trouver au-devant de l'utérus. Elle s'étendait latéralement dans une grande étendue, et on ne pouvait, ni par la palpation, ni par la percussion, trouver de séparation entre le bord droit de la rate et le bord gauche du foie. Il n'y avait ni ascite, ni œdème des jambes. Tout traitement médical ayant été inutile, le docteur Jenner, appelé en consultation, fut d'avis que l'état de la malade réclamait l'intervention chirurgicale.

L'opération fut faite en présence des docteurs Bowen, Richier et Wright.

Incision le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen du côté gauche, commençant à cinq pouces au-dessus et se prolongeant à deux pouces au-dessous de l'ombilic. Ligature des artères pariétales avant l'ouverture du péritoine. En incisant celui-ci, une artère, cachée dans un repli épiploïque adhérant au bord antérieur de la rate, fut incisée et liée. M. S. Wells détacha l'épiploon, parvint à circonscrire la rate et à l'attirer au dehors. Il essaya de tordre le pédicule de la rate, afin d'en faire une masse ; mais la veine splénique se rompit et donna immédiatement du sang qui s'écoula en dehors de la cavité pé-

ritonéale. Tous les vaisseaux furent serrés dans un clamp et la rate fut enlevée. Deux artères et une veine furent liées séparément; le reste du paquet vasculaire fut lié en deux faisceaux. Une partie de la queue du pancréas avait été enlevée en même temps que la rate. La plaie abdominale fut réunie au moyen de fils de soie.

La rate extirpée pesait 3,150 grammes; elle avait 11 pouces de long, 8 de large et 3 à 4 d'épaisseur. La malade alla assez bien jusqu'au cinquième jour; mais le sixième jour, elle s'affaiblit rapidement et mourut pendant la nuit.

A l'autopsie, pas de péritonite; l'abdomen renfermait de la sérosité épanchée; mais il n'y avait de rougeur et de lymphe plastique qu'au niveau de la plaie. Il n'y avait nulle trace d'abcès métastatique, ni d'infection purulente.

V. *Cas* de M. le docteur Péan. — Vient ensuite, par ordre chronologique, l'admirable résultat obtenu par M. le docteur Péan.

VI. Enfin, quinze jours après l'opération de M. Péan, M. Kœberlé, auquel l'observation de ce cas avait été communiquée, enleva, à Strasbourg, une rate du poids de 6 kilog. 750 chez une femme de 42 ans. Jusqu'au mois de novembre 1864, cette dame avait été bien portante.

A cette époque M. Kœberlé remarqua une tuméfaction insolite à l'hypochondre gauche; il constata qu'elle était due à une hypertrophie de la rate; la tumeur ne tarda pas à atteindre un volume très-considérable, en dépit de tous les traitements internes qui furent conseillés. L'extirpation de la rate parut aux docteurs Kœberlé et Schutzenberger la dernière ressource à offrir à la malade.

L'opération fut faite le 21 septembre 1867.

Incision de la ligne médiane dans une longueur de 30 centimètres, à partir du tiers moyen de l'espace compris entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, ligature des vaisseaux du hile de la rate, échelonnés dans une étendue de 25 centimètres. Le calibre de ces vaisseaux était énorme. Grandes difficultés pour attirer au dehors l'extrémité supé-

rieure de la rate, à cause de ses adhérences au diaphragme et de la brièveté de l'épiploon gastro-splénique. Enfin, la rate fut enlevée, elle pesait 6,500 grammes, et il s'en était écoulé au moins deux litres de sang. En outre, la malade avait perdu beaucoup de sang pendant l'opération ; au niveau des adhérences de la rate au diaphragme, l'hémorrhagie en nappe continua de se produire ; malgré les lavages à l'alcool, on ne put l'arrêter, et la malade succomba peu de temps après l'opération. A l'autopsie, on trouva une augmentation assez considérable du volume du foie (1).

Il est à remarquer que tous les faits de splénotomie partielle ou totale pratiquée à la suite du traumatisme, que j'ai trouvés épars dans la science, sont suivis de guérison. Les chirurgiens qui ont été moins heureux dans leurs résultats auraient-ils oublié de publier leurs observations ? Il ne faut cependant pas trop s'étonner de ces succès, car on agit dans ces cas sur un organe peu volumineux, le plus souvent normal, et qui n'est pas indispensable à la vie.

Quoi qu'il en soit, la splénotomie, partielle ou totale à la suite de hernie de la rate dans les plaies de l'abdomen, qu'elle soit moins ou plus dangereuse, devra être faite lorsque le chirurgien n'est appelé qu'après que l'organe hernié aura augmenté de volume au point de ne pouvoir être réduit sans que cela nécessite d'exercer sur lui une funeste compression et lorsqu'on ne pourra sans danger agrandir la plaie.

A plus forte raison elle est indiquée, lorsque la rate est contuse, ramollie ou sur le point de se gangréner.

Dans le cas où la splénotomie a été faite pour des maladies

(1) J'ai cru pouvoir résumer cette observation, qui vient d'être publiée dans plusieurs journaux, *Gazette hebdomadaire* (25 octobre) et *Gazette des hôpitaux*.

de la rate, certainement les résultats favorables sont beaucoup moins nombreux.

La malade de Quittenbaum est morte six heures après l'opération ;

Celle du docteur Küchler, au bout de deux heures;

Celle de M. S. Wells, au bout de six jours ;

Celle de M. Kœberlé, quelques moments après l'opération ;

Mais je ne puis partager l'effroi que témoigne le docteur Ch. Kidd, dans son article sur le chloroforme, publié par le *Dublin quarterly Journal of medical science,* à propos de l'extirpation de la rate, et en effet :

La malade opérée par Zacarelli et Fioraventi guérit en vingt-quatre jours ;

Celle de M. Péan, lorsque je la revis trois jours après l'opération, était déjà dans des conditions excellentes ; elle n'avait pas la moindre fièvre, et sa convalescence fut bien courte. Certainement, il y a une différence considérable entre les dangers que peut produire l'ablation d'une rate dont l'hypertrophie a atteint un poids de 6 kilog. et celle d'une rate kystique dont le parenchyme pèse 2 kilog. En effet, il faut bien ne pas perdre de vue que la rate est avant tout un organe de circulation, une sorte de réservoir du sang. Si vous enlevez à un individu une rate d'un volume immense, vous le privez tout d'un coup d'une quantité considérable de sang, perte qui lui sera tout au moins préjudiciable. Qu'arrivera-t-il donc si vous ne prenez pas les plus grandes précautions pour éviter les dangers d'hémorrhagies qui pourraient se produire pendant et après l'opération ? Votre malade mourra d'épuisement, exsangue, comme dans certains cas que nous avons rapportés. La malade de M. S. Wells portait une rate de plus de 3 kil. ; elle perdit du sang pendant l'opération ; elle a résisté, il est vrai,

pendant six jours, mais elle est morte épuisée au bout de ce temps.

Chez l'opérée de Quittenbaum, la ligature unique appliquée sur les vaisseaux comprenait la queue du pancréas, il est bien possible qu'elle ait été insuffisante ; et puis, que penser de cette onction des intestins avec de l'huile d'olive chaude ? N'est-ce pas un procédé digne tout au plus des temps les plus reculés ?

Faut-il parler de celle du docteur Küchler ? Une division de l'artère splénique n'avait pas été liée.

Il ne m'appartient pas de dire à quel point l'hypertrophie de la rate devient une contre-indication de la splénotomie, mais je puis affirmer que si M. Péan a enrichi la science d'un des plus brillants résultats de la chirurgie, il ne le doit qu'à son grand sang-froid, qu'aux soins minutieux qu'il apporte à conjurer tout danger d'hémorrhagie. Toutes les ligatures ont été faites avec le plus grand soin ; l'audace du chirurgien est allée jusqu'à porter largement le cautère actuel dans la cavité péritonéale ! Tant mieux, cher maître, vous avez ainsi sauvé la vie à deux malades (ovariotomie du mois de janvier 1868) ; votre témérité, comme le dit M. Favre, a été salutaire. Si l'audace du chirurgien est, dans certains cas, plus que de la témérité, l'irrésolution et le défaut d'action dans beaucoup d'autres ne sont pas de la prudence, mais quelque chose de plus que de la timidité.

L'opérée de M. Péan continue à jouir d'une excellente santé ; je me réserve toutefois de faire connaître, dans un travail ultérieur, les changements qui pourraient survenir dans sa constitution, à ceux qui s'intéresseraient à l'importante question de la physiologie de la rate

---

APPENDICE

DEUX CAS DE KYSTES DE L'OVAIRE

TRAITÉS PAR

LA PONCTION, LE SÉTON ET LA CANULE A DEMEURE

AVANT-PROPOS

Bien que j'aie eu surtout en vue, dans le travail que je viens de publier, le traitement des kystes qui nécessitent la gastrotomie, je pense qu'il y aura quelque intérêt à faire connaître les observations de deux malades qui ont été traitées par des méthodes différentes : l'une, par la ponction, suivie des injections et du séton; l'autre, par la ponction suivie de l'emploi de la canule à demeure.

Ire OBSERVATION.

—

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE DROIT. — PONCTION. — INJECTION IODÉE. — SUPPURATION. — FIÈVRE HECTIQUE. — PASSAGE D'UN SÉTON. — GUÉRISON.

Au mois de janvier 1868, je fus appelé par mon savant collègue M. le docteur Huguier auprès d'une jeune fille, âgée de 20 ans, qui avait joui antérieurement d'une bonne constitution, mais qui était, au moment où je la vis, affectée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire du côté droit.

Quelques semaines auparavant, M. Huguier avait pratiqué une ponction qui avait donné issue à une grande quantité d'un liquide clair et peu visqueux. Mais cet écoulement n'avait pas suffi à faire disparaître la totalité de la tumeur, ce qui avait permis à cet habile chirurgien de déclarer que le kyste était composé de plusieurs loges ; et comme celle qu'il avait vidée lui avait paru assez grande, il se résolut à la traiter par l'injection iodée, espérant de la sorte, sinon guérir d'emblée la jeune malade, du moins enrayer la marche du kyste et faire disparaître pour un temps assez long les troubles digestifs et respiratoires auxquels il donnait lieu.

Par malheur, ce mode de traitement amena presqu'aussitôt un ensemble de symptômes annonçant une inflammation aiguë de la paroi interne du kyste et une suppuration abondante qui se fit jour par la plaie que le trocart avait créée.

Des injections antiseptiques furent pratiquées chaque jour, dans le but de combattre la fièvre hectique qui n'avait pas tardé à se déclarer, et qui, au moment où je fus appelé, avait fait les progrès les plus effrayants.

En présence de la gravité et de la durée des phénomènes adyna-

miques qui paraissaient devoir enlever la malade dans un très-petit nombre de jours, nous restâmes d'abord, M. Huguier et moi, convaincus que toutes les ressources de la chirurgie seraient impuissantes à sauver cette malade.

Néanmoins, en réfléchissant au résultat heureux que j'avais obtenu, peu de temps auparavant, chez Mme Yung (gastrotomie suivie de l'application de la canule à demeure), nous fûmes d'avis que le kyste, sous l'influence de l'inflammation, avait dû contracter avec la paroi antérieure de l'abdomen des adhérences assez étendues pour nous permettre d'agrandir largement la plaie faite par le trocart, et de combattre ainsi la rétention des liquides dont l'absorption exposait la malade à de si pressants dangers.

Pour satisfaire à cette indication, M. Huguier pratiqua tout d'abord une incision de 3 à 4 centimètres, qui donna plus facilement issue à une grande quantité de liquide purulent. Cette incision permit à l'opérateur de constater que le kyste était solidement adhérent à la paroi abdominale. Il put en outre, en introduisant le doigt dans la poche principale, rompre deux ou trois loges secondaires et favoriser l'issue de leur contenu.

Cette opération fut immédiatement suivie d'un heureux résultat, car la malade reprit assez de forces pour permettre de croire que tout espoir de la sauver n'était pas perdu. Notre distingué collègue, M. le docteur Barth, qui fut appelé alors en consultation, fut tellement convaincu qu'il fallait à tout prix combattre la rétention du pus, qu'il proposa de faire, à trois travers de doigt de la première incision, une nouvelle ouverture intéressant, comme la première, la paroi de l'abdomen et celle du kyste, de façon à passer un séton qui empêchât une trop prompte réunion.

Cette application, jointe à l'usage des injections antiseptiques, fit disparaître tous les symptômes de la fièvre hectique, cela si rapidement que la jeune malade semblait revenir à la vie. Et l'on peut affirmer que, sans ce mode de traitement aussi énergique que rationnel, elle n'eût eu aucun espoir de retrouver la santé.

Nous fûmes donc tous très-heureux de voir quelques semaines plus tard les forces de la malade tout à fait revenues, et la guérison de la tumeur assez complète pour qu'il fût possible de retirer le séton et de laisser se fermer les deux ouvertures par lesquelles il ne s'échappait plus, de la poche kystique manifestement atrophiée, que quelques gouttes d'un liquide dont la source ne tarda pas à se tarir complétement.

IIe OBSERVATION.

—

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE. — UNE DES LOGES A CONTENU PILEUX. — PONCTION. — CANULE A DEMEURE. — GUÉRISON TEMPORAIRE.

Mme Theycidoux, demeurant à Paris, 62, rue Legendre, âgée de 35 ans, avait eu une santé irréprochable jusqu'à 28 ans. Il y a dix ans, elle eut un enfant et les suites de couches furent satisfaisantes. Trois ans plus tard, son ventre ayant pris un volume considérable sans qu'elle eût de raisons pour croire à une grossesse, elle alla consulter Jobert, qui diagnostiqua la présence d'un kyste multiloculaire qu'il ponctionna quatre fois à huit jours d'intervalle. Chaque ponction, au dire de la malade, avait donné issue à 1 kilogramme environ d'un liquide huileux très-épais; et, à la suite de la dernière de ces ponctions, Jobert pratiqua une injection iodée.

Cette conduite, bien que téméraire, fut cependant suivie d'une amélioration assez grande pour que ce chirurgien ait cru pendant quelque temps avoir obtenu une véritable guérison.

Mais, en 1866, la malade eut un nouvel accouchement. M. le docteur Plon, qui fut appelé à cette époque, trouva dans l'abdomen, après les couches, une tumeur tellement considérable qu'il dut la ponctionner.

Cette nouvelle ponction donna lieu à l'écoulement de quinze litres environ d'un liquide épais et visqueux.

Deux mois après, lorsque je vis la malade, la plaie faite par le trocart ne s'était pas cicatrisée et était le siége d'abcès qui s'ouvraient spontanément tous les deux ou trois jours. La présence de ces collections purulentes s'accompagnait d'ailleurs d'une tuméfaction inflammatoire très-intense et de douleurs des plus violentes. Le pus qui s'en

écoulait était d'une fétidité repoussante. La moindre pression réveillait les souffrances les plus vives. L'amaigrissement était extrême et l'altération des traits très-prononcée.

A tout prix, la malade voulait être débarrassée de sa tumeur. Mais, en présence de l'état d'épuisement dans lequel elle se trouvait, de l'étendue et de la résistance probable des adhérences, il était impossible d'accéder à son désir.

Toutefois, ayant constaté que la fièvre hectique, qui minait si rapidement la santé de la malade, était due à la rétention du pus fourni par l'une des poches les plus grandes de la tumeur, nous fûmes d'avis, mon honorable confrère et moi, de faciliter la sortie du pus et le lavage du foyer par l'application d'une canule à demeure. Cette canule fut maintenue à l'aide d'une ceinture appropriée, construite sur mes indications par M. Mathieu.

Le résultat de cette tentative passa les espérances; car, depuis cette époque, non-seulement la sécrétion purulente se tarit peu à peu, mais encore les souffrances disparurent et les forces revinrent si vite qu'au bout de peu de jours la malade pouvait marcher et vaquer à ses affaires.

Cet état de bien-être dura jusqu'à ces dernières semaines, époque à laquelle il fit de nouveau place à de vives souffrances qui s'irradièrent jusqu'aux côtes : la poche, qui s'était presque atrophiée, reprit le volume d'une tête d'adulte et remonta jusqu'à l'épigastre, présentant une dureté fibreuse et donnant issue à des liquides d'une odeur infecte.

Mais sous l'influence de nouvelles injections iodées, répétées chaque jour, le pus s'écoula plus librement et reprit bon aspect, la poche revint sur elle-même et les menstrues, qui avaient été suspendues pendant huit mois, reparurent avec une abondance même un peu trop grande.

Il est à remarquer qu'à diverses reprises, le pus qui s'écoulait par l'ouverture artificielle se trouva mélangé de magmas graisseux et

de pelotons de poils enroulés qui durent faire supposer que cette poche appartenait à un kyste pileux.

Aujourd'hui nous conseillons à la malade de porter encore pendant longtemps la canule à demeure, bien que le volume de la tumeur ait considérablement diminué et qu'il ne dépasse pas la grosseur du poing.

REMARQUES.

On pourrait croire que les méthodes de traitement qu'on vient de voir appliquer dans les deux observations qui précèdent, et qui sont, en apparence, moins effrayantes que l'ovariotomie, peuvent donner des guérisons aussi durables que celles qui sont obtenues par cette opération. Mais, tout d'abord, l'examen des kystes de l'ovaire démontre qu'ils sont presque toujours multiloculaires, ce qui empêche d'accepter trop facilement cette manière de voir. En outre, le second des deux faits que je viens de citer est une preuve des dangers incessants que les malades sont appelées à courir lors même que le chirurgien croit avoir touché à la guérison. Enfin, l'expérience m'a souvent montré qu'au moment où par des moyens médicaux, on pense avoir obtenu une guérison définitive, il n'y a au contraire qu'une rupture d'une loge volumineuse et à parois habituellement minces, dont le contenu se vide soit au dehors par le canal élargi de la trompe hypertrophiée, soit à l'intérieur dans le péritoine. Trop heureux quand la nature de ce contenu n'est pas telle qu'il entraîne, par son déversement dans la cavité abdominale, une péritonite mortelle. Ces faits m'ont donc paru, à côté de bien d'autres qu'il serait trop long de rapporter ici, devoir appuyer l'opinion de ceux qui, comme moi, ont foi dans l'avenir de l'ovariotomie.

TABLE DES MATIÈRES

OVARIOTOMIE ET SPLÉNOTOMIE

—

OVARIOTOMIE

L'OVARIOTOMIE PEUT-ELLE ÊTRE FAITE A PARIS AVEC DES CHANCES FAVORABLES DE SUCCÈS?

PREMIÈRE PARTIE

—

Considérations sur le Diagnostic et le Traitement des Kystes de l'ovaire

DEUXIÈME PARTIE

—

Observations

SPLÉNOTOMIE

DEUXIÈME PARTIE.

TROISIÈME PARTIE.

—

APPENDICE

Deux cas de Kystes de l'ovaire traités par la ponction, l'injection iodée, le séton et la canule à demeure.

TABLE DES FIGURES

Ouvrages du même Auteur

—

DE LA SCAPULALGIE *et de la* RÉSECTION SCAPULO-HUMÉRALE *envisagée au point de vue du traitement de la* SCAPULALGIE. In-8°, 20 figures.

Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, éditeur.

L'OVARIOTOMIE *peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès?* OBSERVATIONS *pour servir à la solution de cette question.* In-8° *épuisé.*

Paris, 1867, chez Adrien Delahaye, éditeur.

SPLÉNOTOMIE. OBSERVATION *d'ablation complète de la rate pratiquée avec succès.* CONSIDÉRATIONS *pathologiques, chirurgicales et physiologiques suivies d'un historique de la* SPLÉNOTOMIE fait par M. Magdelain, interne des hôpitaux de Paris. In-8° *épuisé.*

Paris, 1868, chez Germer-Baillière, éditeur.

AUTOPLASTIE DU COU. RÉPARATION *d'une* LARGE *perte de substance de la région cervicale antérieure à l'aide d'un lambeau pris sur la région thoracique. Observation suivie de* CONSIDÉRATIONS *pathologiques, chirurgicales et physiologiques.* In-8° avec figures.

Paris, 1868, chez Germer-Baillière, éditeur.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, par A. NÉLATON, membre de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'Empereur; deuxième édition, très-augmentée, tome II, publié sous sa direction par M. le docteur J. PÉAN, ancien

prosecteur, chirurgien des hôpitaux de Paris. In-8°, 900 pages, 288 figures.

Paris, 1869, chez Germer-Baillière, éditeur.

TUMEURS DES LOMBES. OPÉRATION *pratiquée avec succès pour l'extraction d'une* ÉNORME *tumeur fibro-graisseuse de la région lombaire à forme éléphantiasique.* — OBSERVATION *suivie de* CONSIDÉRATIONS *pathologiques, chirurgicales et physiologiques, et d'un* HISTORIQUE *des tumeurs de la région lombaire qui ont paru présenter quelque analogie.* In-8° avec figures.

Paris, 1869, chez Germer-Baillière, éditeur.

SOUS PRESSE :

MONOGRAPHIE SUR LES PLAIES DE L'INTESTIN.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE (PREMIÈRE PARTIE du TOME III).

Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.